

PAVILJONKISAIRAALAN MILJÖÖ

ESIMERKKINÄ NIKKILÄN MIELISAIRAALA SIPOOSSA

Venla Terävä

Pro gradu -tutkielma

Taidehistoria

Historian, kulttuurin ja taiteiden tutkimuksen laitos

Humanistinen tiedekunta

Turun yliopisto

Huhtikuu 2023

Turun yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu

Turnitin OriginalityCheck –järjestelmällä

Pro gradu -tutkielma

Taidehistoria

Venla Terävä

Paviljonkisairaalan miljö – Esimerkkinä Nikkilän mielisairaala Sipoossa

Sivumäärä: 81

Tiivistelmä

Tutkielmani aiheena on paviljonkijärjestelmän mukaan rakennetun mielisairaalan miljö Suomessa. Lähestyn tutkimuskohdettani esimerkin avulla eli tarkastelen erityisesti Nikkilän mielisairaalan miljöötä Sipoossa. Tutkimukseni tavoitteena on selvittää, miksi mielisairaalan alue suunniteltiin juuri sellaiseksi fyysiseksi paikaksi, joksi se ajan myötä vähitellen myös muokkautui. Samalla tutkimukseni antaa kuvan siitä, miten sairaalarakentamisen paviljonkijärjestelmä tuli suomalaiseen mielisairaalarakentamiseen. Olen käyttänyt tutkimukseni lähdemateriaalina tutkimuskirjallisuuden lisäksi vuosisadanvaihteen komiteamietintöjä, Nikkilän alueen asemapiirroksia, arkkitehtien rakennuspiirustuksia ja Paul Olssonin Nikkilän alueelle tekemiä puutarhasuunnitelmia. Vuosisadanvaihteessa psykiatriassa vaikutti *non-restraint* uusistusliike, joka tähtäsi mekaanisten rajoituskeinojen käytön vähentämiseen psykiatrisessa hoidossa. Tähän tavoitteeseen pyrittiin potilaiden inhimillisemmällä kohtelulla ja sairaala-arkkitehtuurin paviljonkijärjestelmällä. Myös vuosisadanvaihteen hygieniadiskurssi suosi paviljonkirakentamista. Vuosisadanvaihteessa psykiatriassa etsittiin lisäksi laitoshoidolle vaihtoehtoja. Erityisesti oltiin kiinnostuneita perhehoidosta ja maanviljelyssiirtokunnista, vaikka suuremmassa mittakaavassa näitä hoitomuotoja ei vielä tuolloin voitu toteuttaa. Nikkilän sairaalarakennukset suunnitteli arkkitehti E. A. Kranck ja myöhemmän täydennysrakentamisen arkkitehti Gunnar Taucher. Puutarhasuunnitelman alueelle teki puutarha-arkkitehti Paul Olsson. Tutkimuksessani tarkastelen alueen arkkitehtuuria ja puutarhasuunnitelmaa oman aikansa arkkitehtuurin ja puutarhasuunnittelun kontekstissa. Täydennysrakentamisen jälkeen Nikkilän alueesta muodostui paviljonkisairaalan ja blokkisairaaloita jo muistuttavien rakennusten yhdistelmä. Nikkilän alueella näkyy siis jo enteitä 1900-luvun ensimmäisen kolmanneksen aikana tapahtuneesta sairaalarakentamisen paradigman muutoksesta.

Avainsanat: sairaala-arkkitehtuuri, paviljonkisairaala, Nikkilän mielisairaala, E. A. Kranck, Gunnar Taucher, Paul Olsson.

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO	4
2. MIELISAIRAALARAKENTAMISEN PAVILJONKIJÄRJESTELMÄ	9
2.1 KATSAUS MIELISAIRAANHOIDON HISTORIAAN SUOMESSA	9
2.2 MILJÖÖ HOIDON INSTRUMENTTINA	14
2.21 LUONTO LÄÄKKEENÄ	14
2.22 PAVILJONKISAIRAALA	20
3. NIKKILÄN MIELISAIRAALAN MILJÖÖ	27
3.1 SAIRAALASUUNNITTELUA YLEISTEN RAKENNUSTEN YLIHALLITUKSESSA	27
3.2 NIKKILÄN SAIRAALA-ALUE. ASEMAPIIRROS JA TÄYDENNYSRAKENTAMINEN	36
3.3 ARKKITEHTUURISTA	42
3.31 E. A. KRANCKIN SUUNNITTELEMIEN RAKENNUSTEN ARKKITEHTUURISTA	42
3.32 GUNNAR TAUCHERIN SUUNNITTELEMIEN RAKENNUSTEN ARKKITEHTUURISTA	50
3.4 PUISTO	54
4. YHTEENVETO	64
KUVALUETTELO	67
LÄHDELUETTELO	69

1. JOHDANTO

Suomen mielisairaalaverkoston rakentaminen aloitettiin 1840-luvulla. Autonomian aikana rakennetuista mielisairaaloista potilasmääriltään suurimmat olivat Lapinlahden keskuslaitos Helsingissä (valmistui vuonna 1841), Niuvanniemen keskuslaitos Kuopiossa (valmistui vuonna 1885), Pitkäniemen keskuslaitos Tampereen lähellä Nokialla (valmistui vuonna 1900), Nikkilän sairaala Sipoossa (valmistui vuonna 1914) ja Kellokosken sairaala (valmistui vuonna 1915). Lisäksi vuosisadanvaihteessa psykiatrisia potilaita hoidettiin esimerkiksi Seilin turvalaitoksessa, Vanhan Vaasan sairaalassa (valmistui vuonna 1889) ja Turun kunnallisessa mielisairaalassa. Autonomian ajan mielisairaalat ovat palvelleet pitkään ja useimmat keskuslaitoksista ovat edelleenkin psykiatrian käytössä. Nikkilässä sairaalatoiminta päättyi kuitenkin vuonna 1999 ja Lapinlahdella vuonna 2008.

Vanhojen mielisairaaloiden ympäristöt puistoineen ovat ainutlaatuisia. Oman tutkimukseni kohteena onkin paviljonkijärjestelmän mukaan rakennetun mielisairaalan miljöö Suomessa. Lähestyn tutkimuskohdettani esimerkin avulla tarkastelemalla Nikkilän mielisairaala-aluetta Sipoossa. Paviljonkijärjestelmällä tarkoitetaan sairaalarakentamisen mallia, jossa sairaalan eri osastot on sijoitettu erillisiin, mataliin ja yleensä kohtuullisen pieniin rakennuksiin. Yhdessä nämä rakennukset muodostavat sitten toiminnallisen kokonaisuuden. Blokkisairaalla tarkoitetaan puolestaan useampikerroksista sairaalarakennusta, jossa kaikki sairaalan osastot sijaitsevat samassa korkeassa rakennuksessa. Paviljonkijärjestelmän mukaisia sairaaloita rakennettiin sekä Euroopassa että Yhdysvalloissa erityisen paljon 1860-luvulta lähtien. 1900-luvun ensimmäisen kolmanneksen aikana paviljonkijärjestelmän mukaiset sairaalat alkoivat sitten asteittain korvautua blokkisairaaloilla. Suomen mielisairaalaverkoston rakentaminen ajoittui juuri siihen ajankohtaan, jolloin paviljonkijärjestelmää pidettiin yleisesti parhaana sairaalarakentamisen mallina. Lapinlahden sairaala noudatti vielä yhden sairaalarakennuksen mallia. Pitkäniemen ja Niuvanniemen mielisairaalat rakennettiin jo paviljonkijärjestelmää noudattaen. Kumpikin näistä mielisairaaloista muodostuu useista tyyliltään uusklassismia edustavista paviljonkirakennuksista ja näitä rakennuksia ympäröivästä puistosta. Arkkitehti E. A. Kranckin piirtämät Nikkilän mielisairaala ja Lounais-Suomen piirimielisairaala Uudessakaupungissa ovat nekin esimerkkejä suomalaisista paviljonkisairaaloista. Paviljonkijärjestelmän käyttö oli vuosisadan vaihteessa kansainvälisestikin erityisen yleistä juuri mielisairaalarakentamisessa. Tutkimukseni esimerkksisairaalana toimivan Nikkilän mielisairaalan alueella oli sairaalatoiminnan päättyessä talousrakennukset mukaan lukien kaikkiaan 42 eri rakennusta noin sadan hehtaarin kokoisella alueella (Tuovinen 2009, 321). Alueen rajatun ytimen muodostavat kuitenkin entiset potilaspaviljongit ja näitä ympäröivät

puistomaiset piha-alueet. Pysin tutkimuksessani selvittämään, miksi Nikkilän sairaala-alue suunniteltiin juuri sellaiseksi fyysiseksi ympäristöksi, joksi se sitten ajan myötä vähitellen muotoutui. Tutkimukseni paikantuu lähinnä arkkitehtuuritutkimuksen alueelle ja kohteensa takia myös taiteen sosiaalihistoriaan. Arkkitehtuuri ymmärretään tässä yhteydessä laajaksi tutkimuskentäksi, johon sisältyy kaupunkisuunnittelu, rakennusarkkitehtuuri ja maisema-arkkitehtuuri. Tutkimukseni liikkuu monilla eri tasoilla ja sairaalan miljöötä tarkastellaan useista eri näkökulmista. Tämä havainnollistaa hyvin sitä, miten monet samanaikaiset diskurssit ovat aina muokkaamassa rakennettuja ympäristöjä.

Materiaalisuuteen kiinnittyvä fyysinen ympäristö ei sekään ole stabiili vaan kerroksellinen ja liikkeessä. Nikkilän alueella tämä on näkynyt täydennysrakentamisena ja puistoalueen jatkuvina muutoksina, joista osa on ollut ihmisten toimien seurausta ja osa elävän luonnon ihmisten toimista riippumatonta jatkuvaa muuntumista. Tutkimukseni tavoitteena on asettaa Nikkilän sairaala-alueen muotoutuminen syntyajankohtansa yhteiskunnalliseen kontekstiin. Olen ollut erityisen kiinnostunut vuosisadanvaihteen arkkitehtuuriajattelusta ja mielisairaanhoitoa koskevasta psykiatrisesta diskurssista. Tässä kontekstissa tarkastelen sitten Nikkilän sairaala-alueen arkkitehtuurin ja puiston formaalisia elementtejä. Eeva Maija Viljo on tähdentänyt sosiaalisen kontekstin merkitystä artikkelissaan ”Taideteos sosiaalisena esineenä”: ”Taideteos on sosiaalinen esine. Sitä on lähestyttävä sen kontekstin kautta, tai oikeastaan on otettava konteksti ja teos yhtenä jakamattomana kokonaisuutena” (Viljo 2006, 15). Mielestäni tämä sama koskee myös sairaalarakentamista ja jopa vielä selvemmin kuin taideteoksia. Arkkitehtuuriajattelun huomioimisen merkitystä arkkitehtuuritutkimuksessa on puolestaan korostanut esimerkiksi 1900-luvun alun arkkitehtuurista kirjoittanut Björn Linn. Hän pitää rakennuksen lokeroimista pelkästään tietyn tyyliuunnan edustajaksi epätyydyttävänä ratkaisuna. Pyrkimys ymmärtää suunnittelua ohjaavaa arkkitehtuuriajattelua ja arkkitehdin työlleen asettamia tavoitteita on Linnin mielestä tutkimuksellisesti oleellisempaa kuin keskittyminen pelkkiin rakennusten muotoseikkoihin. (Linn 2005, 7).

Arkkitehtuurin tutkimus on laajentunut viime vuosina pohtimaan tilakokemuksen syntyä ja niitä merkityksiä, joita tila tuottaa tai mahdollistaa kokijalleen. Kirsi Saarikankaan mukaan rakennetun tilan merkitykset muodostuvat monikerroksisissa prosesseissa, jotka ulottuvat kielellisistä ei-kielellisiin ja äärimmäisen henkilökohtaisista yhteisesti jaettuihin, kulttuurisiin tasoihin. Tilaan on kiinnittynyt nykyisten merkitysten lisäksi myös menneisyydessä syntyneitä merkitystasoja. Tilakokemus onkin monella tavalla kytkeytynyt minän ja maailman väliseen suhteeseen. Tilan merkityksen muodostamiseen osallistuvat aina rakennusten ja maisemallisten tilojen suunnittelijoiden lisäksi myös tilojen käyttäjät. (Saarikangas 1998, 247). Osittain oma tutkimukseni

sivuaa teoreettisella tasolla käyttäjien tilakokemuksia. Osittain tutkimukseni asemoituu taas hyvin perinteiselle arkkitehtuuritutkimuksen alueelle, koska tarkastelen Nikkilän sairaala-alueen arkkitehtuuria ja puistoa syntyajankohtansa arkkitehtuurin ja puutarhasuunnittelun kontekstissa. Tässä lähestymistavassa tiloja ja niiden merkityksiä tutkitaan lähinnä suunnittelijoiden ja tilaajien näkökulmasta.

Psykiatrisista sairaaloista on kirjoitettu kohtuullisen paljon ja myös Nikkilän mielisairaala on tehty aiempaa tutkimusta. Olen kuitenkin pyrkinyt rajaamaan oman tutkimukseni alueelle, jota aiemmissa tutkimuksissa kyllä sivutaan, mutta josta varsinaista tutkimusta ei kuitenkaan ole aiemmin tehty. Tutkimukseni tavoitteena on siis täydentää jo olemassa olevia mielisairaaloita koskevia tutkimuksia. Esimerkiksi Sirkka Liisa Tuovinen on kirjoittanut Nikkilän sairaalasta ansiokkaan historiikin *Inhimillinen Nikkilä. Helsingin suuri mielisairaala Sipoossa 1914–1999*. Saara Jäntti, Sari Kuuva ja Kirsti Heimonen Jyväskylän yliopistosta ovat puolestaan tutkimuksissaan pyrkineet tavoittamaan jotain siitä, millaisia psykiatriset sairaalat ovat olleet elettyinä ja koettuina tiloina hyödyntämällä Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran muistitietoarkistoon tallennettua materiaalia. Tiina Korhonen on puolestaan tutkinut Nikkilän sairaala-alueen käyttötarkoituksen muuttumista sairaalatoiminnan päätyttyä pro gradu - tutkielmassa *Mielisairaalamiljööstä keskiluokan asuma-alueeksi. Tutkimus Nikkilän sairaalan käyttötarkoituksen muutoksesta* (Helsingin yliopisto, 2004). Valitettavasti en itse ole päässyt tutustumaan tähän Korhosen tutkimukseen. Olen opinnäytettäni varten tutustunut myös myöhempää sairaalarakentamista käsitelleeseen Maarit Henttosen väitöskirjaan *Kansakunnan parhaaksi. Suomalaiset naisten- ja lastensairaalat 1920–1940 luvuilla* (SKS Helsinki 2009). Henttonen peilaa tässä tutkimuksessa naisten- ja lastensairaloita ja sairaalainstituutiota erityisesti Michel Foucaultin ajatteluun. Psykiatrisessa sairaanhoidossa kysymykset vallasta ja vallankäytöstä voivat olla erityisen kipeitä, koska potilaan käsitykset omasta voinnistaan ja hoidon tarpeestaan voivat poiketa täysin muun yhteiskunnan ja hoitavan tahon käsityksestä potilaan edusta. En kuitenkaan omassa tutkimuksessani ole kiinnostunut valtaosaan liittyvistä tutkimusnäkökulmista vaan keskityn tarkastelemaan Nikkilän sairaala-aluetta fyysisenä ympäristönä. Sivuan kuitenkin työssäni Michel Foucaultin luomaa heterotopian käsitettä, koska sillä tavoitetaan mielestäni jotain hyvin oleellista mielisairaalamiljöistä. Tutkimukseni rajauksen takia en käsittele lainkaan varsinaista psykiatrista hoitoa enkä juuri muutakaan mielisairaaloissa tapahtunutta toimintaa. Kirjoitan työssäni paviljonkijärjestelmän tulosta suomalaiseen mielisairaalarakentamiseen. Tältä osin olen tarkentanut tutkimuskirjallisuudesta saatavia tietoja tutustumalla asiaa käsitteleviin vuosisadanvaihteen komiteamietintöihin. Arkkitehti E. A. Kranckin suunnittelemissa rakennuksista ei ole aiemmin tehty taidehistorian alalla tutkimusta. Gunnar Taucherin arkkitehtuurista on kirjoittanut ainakin

Riitta Nikula. Vuosisadanvaihteen arkkitehtuuria on tutkittu ylipäättään kohtuullisen paljon. Olen kuitenkin pyrkinyt taustoittamaan Nikkilän alueen rakennusten arkkitehtuuria aikakautensa arkkitehtuuridiskurssilla. Taucher osallistui itsekin omana aikanaan arkkitehtuurikeskusteluun *Arkitekten*-lehdessä julkaistuilla kirjoituksilla. Nikkilän sairaala-alueen puistosta ja Paul Olssonin Nikkilän sairaalaa varten tekemästä puutarhasuunnitelmasta ei myöskään ole aiemmin kirjoitettu.

Varsinaisen tutkimuskirjallisuuden lisäksi olen käyttänyt tutkimuksessani lähdemateriaalina Nikkilän alueen asemapiirroksia, rakennuspiirustuksia, valokuvia ja myös alueen havainnointia. Olen myös pyrkinyt hyödyntämään keskeisiksi mieltämiäni alkuperäislähteitä: vuoden 1909 Mielisairaskomitean mietintö I Varsinaisten mielisairasten hoito sekä Helsingin kaupunginvaltuuston mietintö 24/1909. Olen muutenkin pyrkinyt sisällyttämään opinnäytteeseeni arkkitehtien ja psykiatrien ”omaa ääntä”, jos tämä on ollut mahdollista. Tämän takia olen käyttänyt lähdemateriaalina vuosisadanvaihteessa vaikuttaneiden arkkitehtien lehtikirjoituksia ja joitakin psykiatrian alan kirjoituksia vuosisadanvaihteen lääketieteellisissä lehdissä. Suomalaista vuosisadanvaihteen arkkitehtuuria ovat tutkineet esimerkiksi Riitta Nikula, Eeva Maija Viljo ja Ritva Wäre. Eva Eriksson on puolestaan ruotsalaisen vuosisadanvaihteen arkkitehtuurin johtavia asiantuntijoita. Professori Aimo Halilan teos *Suomen rakennushallinto 1811–1961* on puolestaan ansiokas selvitys Yleisten rakennusten ylihallituksen toiminnasta. Nikkilän sairaalan alkuperäiset asemapiirroksot ja arkkitehtien piirtämät rakennuspiirroksot sijaitsevat tällä hetkellä Helsingin kaupunginarkiston kokoelmissa. Arkkitehti E. A. Kranckin tekemät mielisairaaloiden mallipiirustukset sijaitsevat puolestaan Kansallisarkistossa Helsingissä ja nämä mallipiirustukset julkaistiin myös *Mielisairaskomitean mietintö I. Varsinaisten mielisairasten hoito 1909* liitteenä. Nikkilän sairaala-alueen vanhoja valokuvia on puolestaan Helsingin kaupunginmuseon kuva-arkistossa.

Kirjoitan tutkimukseni ensimmäisessä varsinaisessa käsittelyluvussa mielisairaanhoidon historiasta Suomessa keskittyen erityisesti Nikkilän sairaalan rakentamista edeltäneeseen aikaan. Tähän lukuun sisältyy lisäksi pääpiirteissään Suomen mielisairaalainstituution varhainen syntyhistoria Suomessa. Tämän luvun tavoitteena on taustoittaa suomalaisen mielisairaalaverkoston syntyä ja tähän johtaneita syitä. Käsittelen tässä luvussa mielisairaanhoidon historiaa siis sosiaalihistoriallisesta lähestymistavasta käsin eli pyrin löytämään ilmiöille yhteiskunnallisia-, taloudellisia- ja lääketieteen diskurssiin kuuluvia selityksiä. Tämän luvun toisessa alaluvussa käsittelen paviljonkisairaaloiden kehittymiseen johtaneita ideologisia syitä ja paviljonkirakentamisen tuloa suomalaiseen mielisairaalarakentamiseen. Lisäksi käsittelen 1800-luvulla syntynyttä hygieniadiskurssia, joka vaikutti paljon myös sairaaloiden arkkitehtuuriin. Hygieniadiskurssi oli myötävaikuttamassa myös puutarhakaupunkiaatteen syntyyn.

Vuosisadanvaihteessa puistoja perustettiin virkistysalueiksi kaupunkien keskustoihin ja tämän lisäksi julkisten rakennusten, kuten koulujen ja sairaaloiden yhteyteen. Myös tässä alaluvussa hyödynnän sosiaalihistoriallista lähestymistapaa.

Toisessa käsittelyluvussa tarkastelen Nikkilän mielisairaala-aluetta ja samalla tutkimuksen painopiste siirtyy arkkitehtuuritutkimuksen alueelle. Tämän luvun ensimmäisessä alaluvussa käsittelen sairaalarakennusten suunnittelua Yleisten rakennusten ylihallituksessa. Tässä alaluvussa kirjoitan myös kohdennetummin Nikkilän sairaalan suunnitteluvaiheesta. Toisessa alaluvussa käsittelen Nikkilän sairaala-aluetta ja erityisesti alueen arkkitehtuurin kerroksellisuutta. Tässä toisessa alaluvussa pohdin Nikkilän aluetta myös täydennysrakentamisen näkökulmasta.

Kolmannessa alaluvussa käsittelen Nikkilän sairaala-alueen rakennusten arkkitehtuuria ja pyrin sijoittamaan tämän syntyajakautensa arkkitehtuurin ja arkkitehtuuriajattelun kontekstiin. Toisen käsittelyluvun viimeisessä alaluvussa käsittelen Nikkilän alueen puistoa. Kuvailen Paul Olssonin puutarhasuunnitelmaa ja haen myös sille ajallista kontekstia. Pohdin myös jonkin verran yleisellä tasolla puiston merkitystä psykiatrisen sairaalan potilaille ja henkilökunnalle.

1 MIELISAIRAALARAKENTAMISEN PAVILJONKIJÄRJESTELMÄ

1.1 KATSAUS MIELISAIRAANHOIDON HISTORIAAN SUOMESSA

Keskiajalla ja uuden ajan alussa orvot, vammaiset, köyhät ja kodittomat saattoivat saada jonkinlaisen suojan seurakuntien ylläpitämissä köyhäintaloissa. Köyhäintalojen ”selliosastoille” saatettiin sijoittaa myös mielisairaita, jos omaiset eivät kyenneet pitämään heistä huolta. Käytäntö virallistettiin vuoden 1686 kirkkolaissa, jossa seurakunnat velvoitettiin kuninkaan käskystä huolehtimaan mielisairaista. Keskiajalla suurimpiin kaupunkeihin, Turkuun ja Viipuriin, perustettiin lisäksi hyväntekeväisyyttä harjoittavien kiltojen toimesta niin sanottuja pyhänhengenhuoneita, joissa hoidettiin erityisesti lepraan sairastavia. Suomen vanhimpana varsinaisena sairaanhoitolaitoksena pidetäänkin Pyhän Yrjänän hospitaalia, joka toimi Turun pyhänhengenhuoneen yhteydessä. Varmaa tietoa siitä, onko näihin pyhänhengenhuoneisiin hyväksytty hoitoon myös mielisairaita, ei ole, mutta tämä lienee mahdollista. (Leikola 1991, 21). Olot köyhäintaloissa ja pyhänhengenhuoneissa olivat vaatimattomat ja huollettavien ylläpito niukkaa. Turun hospitaalilla oli kuitenkin joitakin lähinnä testamenttilahjoituksina saatuja maatiloja, joiden tuoton tuli kattaa köyhien ja sairaiden ylläpitokustannukset. Tosin nämä maaomaisuudet menetettiin uskonpuhdistuksen jälkeen kruunulle (Vuorio 2010, 11). Lisäksi laitokset saivat jonkin verran muitakin lahjoituksia. Esimerkiksi Turun satamaan ankkuroituneet laivat saattoivat antaa lahjoja Turun pyhänhengenhuoneelle kiitokseksi onnellisesti päättyneestä merimatkasta. Turun linnastakin annettiin etenkin pääsiäisenä ja jouluna ruokalahjoja köyhille. (Sarvilinna 1938, 25–26).

Kruunun toimesta hospitaaleja perustettiin erityisesti 1600-luvun alussa, jolloin niiden avulla haluttiin ensisijaisesti katkaista lepraepidemian leviäminen eristämällä rangaistuksen uhalla lepraan sairastuneet muusta väestöstä. Suomeen perustettiin Turun lisäksi hospitaalit esimerkiksi Helsinkiin, Ahvenanmaan Gloskärille, Paltmoon, Viipuriin, Ouluun, Kruunupyyn ja Seilin saarelle. Myös Turun pyhänhengenhuoneen hoidokit siirrettiin myöhemmin vuonna 1619 perustettuun Seilin hospitaaliin. Seili muutettiin spitaaalin harvinaistuttua, vuonna 1785, houruinhuoneeksi eli yksinomaan mielisairaiden sijoituspaikaksi. Myös Kruunupyyn hospitaalista tuli 1700-luvulla pääasiallisesti mielisairaiden sijoituspaikka. (Sarvilinna 1938, 40–45, 72, 75).

Hospitaaleilla ja köyhäintaloilla oli kansan keskuudessa hyvin huono maine. Mainetta huononsi sekin, että vammaiset ja muuten häiritsevästi esiintyvät ”pirun riivaamat” henkilöt herättivät ihmisissä pelkoa ja inhoakin. (Sarvilinna 1938, 72, 74). Mielisairaita pyrittiinkin hospitaalien ja köyhäintalojen kehnon maineen takia hoitamaan yleensä kotona niin pitkään kun vain mahdollista, vaikka tämä saattoi tarkoittaa vaikeasti oireilevien henkilöiden sitomista tai lukkojen taakse

eristämistä. Hoitopaikkoja ei myöskään riittänyt kuin vain pienelle vähemmistölle apua tarvitsevista, joten suurin osa köyhistä ja sairaista jäi muutenkin virallisen avun ulkopuolelle. (Parpola 2013, 16–18; Nygård 2001, 195). Ennen varsinaisten mielisairaaloiden perustamista hulluina pidettyjä ihmisiä lienee joutunut tästä syystä myös työlaitosten ja vankiloiden eristysselleihin (Nygård 2001, 195). Hoitopaikkojen niukkuuden takia 1700-luvulla kehittyikin järjestelmä, jossa tietty kyläkunta velvoitettiin elättämään niin sanottua ruotuvaivaista. Pitäjän taloista muodostettiin talouden kantokyvyn mukaisia ruotuja, jotka olivat sitten velvollisia huolehtimaan pitäjänkokouksen määräämistä köyhistä. Ruotuvaivaiset siirtyivät talosta taloon ja osallistuivat kunkin talon töihin, jos vain suinkin tähän kykenivät. Koska ruotuvaivaisia oli mahdollista käyttää työvoimana, tästä järjestelmästä muodostui talollisten keskuudessa verotusta suositumpi tapa hoitaa sosiaalihuoltoon kuuluvaa velvoitetta. (Vuorio 2010, 12). Mielisairaiden ruotuvaivaisten kohtalona saattoi kuitenkin olla eläminen seinään kahlehdittuna. Kun sairas siirrettiin seuraavaan taloon, kahleet irrotettiin seinästä ja kiinnitettiin sitten uuden olinpaikan seinään. Kaiku tästä käytännöstä elää edelleenkin suomen kielen ilmauksessa ”seinähullu”. (Pietikäinen 2013, 146). Mielisairaiden ruotuvaivaisten kohtelu saattoi muutenkin olla huonoa. Vielä 1800-luvun lopussa uskottiin hyvin yleisesti, että mielisairaassa ei enää asunut ihmissielua vaan paholainen oli ottanut sairastuneen ihmisen hallintaansa. Tämän takia mielisairaita saatettiin surutta kohdella hyvin julmasti. (Sarvilinna 1938, 573).

Ruotsin vallan aikana, vuosina 1756–1799 Suomeen perustettiin seitsemän kuntien ylläpitämää lääninlasarettia. Näissä lasareteissa saatettiin joskus hoitaa myös mielisairaita (Leikola 1991, 22). Lääninlasareteista ja piirilääkärijärjestelmästä huolimatta seurakuntien ylläpitämät köyhäintalot kantoivat kuitenkin käytännössä hyvin pitkään päävastuun mielisairaista (Nygård 2001, 195). Jo pitkät matkat olivat monille este hakeutua lääninlasarettiin. Köyhäinhoito säilyi käytännössä seurakuntien velvollisuutena aina vuosien 1865 ja 1872 kunnallislakiuudistuksiin saakka (Vuorio 2010, 15). Tarve mielisairaanhoidon kehittämiseksi alkoi pikkuhiljaa käydä ilmeiseksi. Kun sairaalalaitoksen ja terveydenhuollon ylin valvontaelin, senaatin kansliatoimikunta teki tarkastusmatkan Seilin saarelle vuonna 1809, tuli hyvin selväksi, ettei hospitaalien huono maine ollut tuulesta temmattu. Hospitaaliin joutuminen merkitsi käytännössä joitakin harvoja poikkeuksia lukuun ottamatta myös sinne pysyvästi jäämistä. Lisäksi hospitaalien olot olivat todella ankeat. Seilin saarella oli kansliatoimikunnan tarkastusmatkat aikana 43 hoidokkia. Tarkastusraportin mukaan nämä potilaat asuivat ahtaissa karsinoissa, joissa he sitten makasivat lauta-alustoilla ilman olkia tai kunnollisia peitteitä ja olivat käytännössä myös miltei alasti. Varsinaista hoitoa potilaat eivät saaneet eikä mielisairauksiin tuolloin hoitokeinoja juuri olisi ollutkaan. (Parpola 2013, 16–18).

Varsinaisten mielisairaaloiden rakentaminen käynnistyi Suomessa 4.2.1840 annetusta keisari Nikolai I:n asetuksesta ”heikkomielisten holhouksesta ja paremmista laitoksista heidän parantamiseksiensa”. Tässä asetuksessa erotettiin ensimmäistä kertaa mielisairaalat lainsäädännöllisesti köyhäinhoidosta omaksi lääkintähuollon osa-alueeksi ja valtio otti samalla osavastuun mielisairaiden hoidon järjestämisestä. (Vuorio 2010, 14). Nikolai I:n antama asetus määräsi Kruunupyyn houruinhospitaalin lakkautettavaksi, ja samalla asetus määräsi, että Seilin hospitaali tuli muuttaa kroonikkojen turvalaitokseksi. Helsinkiin tuli puolestaan perustaa kokonaan uusi houruinhuone, johon Suomen suuriruhtinaskunnan kaikilta paikkakunnilta voitaisiin lähettää mielisairaita henkilöitä saamaan hoitoa. Samassa yhteydessä lääninlasarettien houruinosastot virallistettiin, mikä tarkoitti erillisten osastojen perustamista lääninlasaretteihin mielisairaita varten. (Sarvilinna 1938, 148, 205). Keisari Nikolai I oli itse tehnyt vierailun Englantiin tutustuakseen siellä psykiatrisen laitoshoidon kehitykseen (Rosen 1991, 27). Toki Suomessakin oli toivottu uuden hoitolaitoksen rakentamista ainakin kansliatoimikunnan Seilin tarkastusmatkan jälkeen. Tämän uuden hospitaalin sijaintipaikaksi suunniteltiin Turkuu. Turun palo muutti kuitenkin suunnitelmat ja laitoksen tulevaisuus sijaintipaikaksi valikoitui Helsinki. (Sarvilinna 1938, 100–114). Nikolai I:n asetuksen seurauksena Helsinkiin rakennettiin sitten Lapinlahden mielisairaala. Tämä Carl Ludvig Engelin suunnittelema sairaala valmistui vuonna 1841.

Merkittävä osa kansallisesta mielisairaalaverkostosta rakennettiin Suomessa, kuten muuallakin Länsi-Euroopassa, 1800-luvun jälkipuoliskolla ja 1900-luvun alussa (Nygård 2001, 194). Niuvanniemen keskuslaitos perustettiin Kuopioon vuonna 1885 ja Tampereen läheisyyteen Nokialle Pitkäniemen keskuslaitos vuonna 1900. Niuvanniemen piirustuksista vastasi Yleisten rakennusten ylihallitus ja siellä erityisesti arkkitehti Georg Wilenius. Pitkäniemen keskuslaitoksen suunnittelusta vastasi puolestaan arkkitehti Magnus Schjerfbeck (S. Gripenberg, M. Schjerfbeck ja E. A. Kranck). Vuonna 1889 annettu keisarillinen julistus vaikutti sekin mielisairaanhoidon järjestämiseen maassamme, koska tämä julistus johti vähitellen kuntien ja kuntayhtymien perustamien mielisairaaloitten rakentamiseen. Vuoden 1889 keisarillisessa julistuksessa kuntia velvoitettiin järjestämään vähintään kolme paikkaa kuhunkin vaivaistaloon köyhiä mielisairaita varten. Kuntayhtymien laitoksissa näitä mielisairaiden huoneita tai sellejä oli vastaavasti lisättävä kuntien lukumäärän mukaan. Pikkuhiljaa kunnat ja kuntayhtymät alkoivat perustaa kokonaisia osastoja mielisairaille. Potilaspaikkojen tarve kuitenkin vähitellen lisääntyi siinä määrin, että monet kunnat ja kuntayhtymät alkoivat rakentaa myös erillisiä sairaalarakennuksia psykiatrisille potilaille. (Sarvilinna 1938, 545–548). Kunnalliskotien mielisairasosastot olivat vuoden 1952 mielisairaslakiin saakka ensin kuntien köyhäinhoidon ja myöhemmin sosiaalilautakuntien alaisia. Tämän jälkeenkin ne kuuluivat valtionhallinnossa sosiaaliministeriön hallinnonalaan. Vasta sosiaali- ja

terveysministeriön perustaminen vuonna 1968 toi mielisairaanhoidon kokonaisuudessaan valtion hallinnossa saman ministeriön hallinnonalan alaisuuteen. (Vuorio 2010, 18). Kunnallisia tai kuntayhtymien mielisairaaloita perustettiin vuosisadanvaihteessa esimerkiksi Turkuun (1892), Tampereelle (Hatanpään sairaala 1916), Harjavaltaan (1903), Kellokoskelle (1915) ja Uuteenkaupunkiin (Lounais-Suomen piirimielisairaala 1916). Helsingin kunnallinen mielisairaala perustettiin Helsingin lähettyville Sipoon Nikkilään vuonna 1914. Osittain mielisairaaloiden perustamisessa hyödynnettiin alueella jo valmiiksi olevaa rakennuskantaa. Hatanpään sairaala perustettiin entisen Hatanpään kartanon rakennuksiin ja Kellokoskella Kellokosken kartanon rakennukset muokattiin mielisairaalan tarpeisiin sopiviksi. Käkisalmella puolestaan vankila muutettiin mielisairaalaksi vuonna 1889. Tähän Käkisalmen turvalaitokseen sijoitettiin myös kriminaalipotilaita. Vuonna 1918 Käkisalmi luovutettiin sitten armeijalle ja siellä olleet potilaat siirrettiin Seiliin tai oman kotikuntansa hoitolaitoksiin. (Sarvilinna 1938, 357–372, 545–599).

Mielisairaalaverkoston rakentaminen oli valtava taloudellinen ponnistus, joka mahdollistui vuosisadanvaihteen taloudellisen nousukauden ansiosta. Osittain sairaaloiden rahoittamiseen osallistui siis valtio ja osittain se oli kuntien vastuulla. Vielä 1860-luvun alussa Suomen bruttokansantuote asukasta kohden oli noin 25 % matalampi kuin keskimääräinen taso muualla Euroopassa. Seuraavina vuosikymmeninä Suomen talous kehittyi kuitenkin suotuisasti ja ensimmäisen maailmansodan syttymisen aikoihin Suomi oli jo saavuttanut muun Euroopan. Talouden positiivista kehitystä selittää etenkin metsäteollisuuden nousu. Puu, paperi ja selluloosa menivät hyvin kaupaksi Pietarin seudulle ja muuallekin Eurooppaan. (Bell 2002, 77). Taloudellinen nousukausi näkyi myös Helsingin vilkkaana rakennustoimintana vuosina 1860–1910. Vuosisadanvaihteessa Helsinkiin rakennettiin merkittäviä julkisia rakennuksia ja näiden lisäksi useita monikerroksisia kivitaloja. (Bell 2002, 79). Kaikkein nopeinta Helsingin kasvu oli 1890-luvun loppupuolelta alkaen pysähtyen vasta ensimmäiseen maailmansotaan (Häyrynen 1994, 58). Rakennustekniikka parantui, vesi- ja viemärisysteemit kehittyivät. Sähkövalaistus ja esimerkiksi puhelimet yleistyivät. (Klinge 2020, 181). Rakennusalan nousukautta lisäsivät osaltaan myös Venäjän armeijan tilaukset, kasarmirakentaminen ja linnoitustyöt (Standertskjöld 2006, 54). Vuosisadanvaihteeseen yhdistetään yleisemminkin länsimaissa teollistumiseen, kaupungistumiseen ja yhteiskunnan modernisoitumiseen.

Rakennettu ympäristö on sosiaalisen ja kulttuurisen ympäristönsä tuote. Psykiatriset sairaalatkin kertovat aikakautensa yhteiskunnasta ja arvoista. Mielisairauksiin on liittynyt ja liittyy jossain määrin edelleenkin häpeää. Sairastuneet ovatkin olleet monella tavalla huono-osaisia. Erityisen vaikea sairastuneiden tilanne oli silloin, kun sairautta vielä pidettiin syntien seurauksena ja Jumalan rangaistuksena. Mielisairaaloiden rakentaminen mahdollistui, kun ihmiskuva tältä osin muuttui.

Mielisairaudet ymmärrettiin aivojen toiminnan häiriöiksi, joihin empiirisen lääketieteen keinoin toivottiin löytyvän myös hoitokeinoja. Toisaalta Freudin teorioiden myötä kiinnostuttiin myös sairauteen liittyvistä psyykkisistä prosesseista ja sairastuneiden sosiaalisesta ympäristöstä. Tulkintani mukaan mielisairaaloiden rakentaminen kertookin vuosisadan vaihteessa vallinneesta optimismista psykiatrian ja yleisemminkin lääketieteen kehittymiseen. Optimismia lisäsi vielä Dementia paralytica varmistuminen syfiliksen aiheuttamaksi. Vuonna 1905 taudin aiheuttava spirokeetta pystyttiin osoittamaan sairastuneen henkilön selkäydinnesteestä. Dementia paralytica oli vielä 1800-luvulla kohtuullisen yleinen diagnoosi mielisairaaloissa hoidettavilla potilailla. Esimerkiksi vuonna 1874 noin 15–20 % kaikista julkisiin mielisairaaloihin otetuista uusista potilaista sai tämän diagnoosin (Pietikäinen 2013, 122). Psykiatristen hoitopaikkojen tarvetta selittää osaltaan sekin, ettei psykiatrian ja neurologian välinen raja vielä vuosisadan vaihteessa ollut vakiintunut. Tutkimustyö on vasta myöhemmin selventänyt monien sairauksien syntymekanismeja. Mielisairaaloissa hoidettiin hyvin pitkään esimerkiksi kehitysvammaisia, epileptikoita ja vanhuuden dementiasta kärsiviä (Nygård 2001, 94; Pietikäinen 2013, 185). Esimerkiksi epilepsiaa pidettiin pitkään tarttuvana ja parantumattomana sairautena. Vuoden 1763 hospitaalijärjestyksen mukaan epileptikot oli sijoitettava tämän takia spitaalisten kanssa hospitaaleihin. Toisaalta epileptikoita saatettiin myöhemmin pitää mielisairaina, hysteriaan taipuvaisina ja poikkeuksellisen alttiina kaikenlaiselle mielenliikutukselle. (Pukero 2009, 87). Psykiatrian piirissä vallinneesta optimismista huolimatta todellisia hoitokeinoja psykiatriisiin sairauksiin ei vielä vuosisadan vaihteessa juurikaan ollut. Mielisairaalat pystyivät pitkään tarjoamaan parhaimmillaankin potilaille vain turvallisen ympäristön, perushoidon ja teholtaan kyseenalaisia keinoja hillitä levottomuutta ja harhaisuutta. Kaikesta tästä huolimatta monien potilaiden kohtalo olisi vuosisadanvaihteessa saattanut olla ilman mielisairaalaan joutumista vielä karumpi.

Mielisairaaloiden perustamiseen johtaneita syitä on löydettävissä myös psykiatrisen diskurssin ulkopuolelta. 1800-luvulla Euroopan teollistuneimmilla alueilla kiinnitettiin enenevässä määrin huomiota etenkin teollisuustyöntekijöiden huonoihin elinolosuhteisiin. Muutostarpeisiin herättiin viranomaistasolla ja myös tavallisten ihmisten keskuudessa oli auttamishalua. Filantropia ulottui muihinkin huono-osaisiin, myös mielisairauksista kärsiviin. Sosiaalisten epäkohtien korjaamiseen tähtäävät toimet saivat siis vuosisadanvaihteessa kannatusta. Suomessa mielisairaanhoidon järjestäminen noudatti muun Euroopan kehitystä eli täällä tukeuduttiin kansainvälisiin esimerkkeihin. Ainakin lievempioireiset mielisairaajat eivät kuitenkaan välttämättä päätyneet laitoshoidon. Monet heistä olivat edelleen kotihoidossa. Lisäksi 1800-luvulla köyhäinhuoltoasetus mahdollisti mielisairaajan sijoittamisen myös yksityiskotiin ilman huutokauppaa. Elätteelle antaminen oli yleistä etenkin maaseudulla. Esimerkiksi vuoden 1891 köyhäinhuoltolaston mukaan

mielisairaita vaivaishoitolaisia oli 2848 ja heistä noin puolet, 1523, oli elätteellä. Vuoden 1890 mielisairaita koskevan tilaston mukaan mielisairaita oli kaikkiaan 5947, joista 456 hoidettiin laitoksissa ja 419 vaivaistalojen mielisairasosastoilla. Loput noin 5000 mielisairasta olivat kotona. Kotona olleiden potilaiden määrä pysyi suunnilleen tällä tasolla 1900-luvun alkupuolellakin. (Vuorio 2010, 15, 19).Psykoosien lääkehoidon kehityttyä kotona olevien potilaiden suhteellinen osuus on 1900-luvun puolenvälin jälkeen oleellisesti noussut. Mielisairaaloihin päätyivät siis vuosisadanvaihteessa lähinnä vain kaikkein vaikeimmin oireilevat mielisairaajat. Sairaalainstituution kehittymisen myötä valtion ja kuntien ylläpitämistä laitoksista tuli kuitenkin vähitellen osa kaikkien yhteiskuntaluokkien maailmaa, ja nykyisin sairaalainstituutio kokonaisuudessaan mielletään oleelliseksi osaksi hyvinvointivaltiota.

1.2 MILJÖÖ HOIDON INSTRUMENTTINA

1.2.1 LUONTO LÄÄKKEENÄ

Autonomian ajan mielisairaalat pyrittiin kansainvälisten esimerkkien mukaisesti rakentamaan luonnonkauniille paikoille. Lapinlahden sairaalaa suunniteltaessa lääkintöhallituksen pääjohtajana toimi Carl Daniel von Haartman. Hän oli hyvin perillä oman aikansa mielisairaalarakentamista koskevasta kansainvälisestä keskustelusta. Ideaalina pidettiin sitä, että sairaalarakennukset sijaitsivat sekä kauniilla paikalla että riittävän kaukana kaoottiseksi mielletystä kaupunkielämästä. Sairaalan sijainti maaseudulla mahdollisti myös sen, että potilaat saivat sairaalaan joutuessaan toivottua etäisyyttä aiempaan elinympäristöönsä. (Nygård 2001, 195). Toisaalta sairaalan tuli kuitenkin olla saavutettavissa eli hyvien kulkuyhteyksien päässä. Näin potilassiirrot oli helppo toteuttaa, sairaalaan saatiin helpommin henkilökuntaa ja potilaiden omaisetkin pääsivät vierailemaan sairaalassa. Lapinlahden tulevasta sijainnista Von Haartman kirjoitti:

Uusi laitos sijoitettaisiin Helsingin vierelle, ei kuitenkaan niin likelle, että se kärsisi niistä haitoista, joita suurenlaisen kaupungin hälinä ja väkijoukko voivat aiheuttaa, jonka tähden minä yksissä neuvoin intendentti Engelin kanssa olen sen paikaksi valinnut niin sanotun Lapinlahden viereltä niemekkeen, missä niin kuin minusta näyttää, on oivallinen paikka sekä rakennuksille että pienemmille kävelypaikoille ja laitoksille, jota paitsi sama niemeke on ihanalla paikalla ja sitä ympäröi syvä vesi ja sen lähistöllä on suolatonta vettä sisältävä lähde. (Rosen 1991, 43).

Niuvanniemen paikka valittiin hyvin samankaltaisin perustein. Sopiva paikka löytyi Kuopion läheltä Fagernäsin maatilalta. Alueen läheisyydessä oli runsaasti viljelykelpoista maata, jonne oli mahdollista perustaa puutarha. Lähettyvillä oli myös tasainen mäntyjä kasvava harju, joka paikan valinneiden suunnitelmissa mahdollistaisi kävelypolkujen tekemisen upeaan havumetsään.

Pitkäniemen keskuslaitos rakennettiin puolestaan luonnonkauniille Pyhäjärveen pistävälle niemelle. (Sarvilinna 1938, 318, 397).

Vuosisadanvaihteessa psykiatriassa oltiin hyvin kiinnostuneita laitoshoidon kehittämisen lisäksi vapaammista psyykkisten häiriöiden hoitomuodoista. Vuoden 1909 mielisairashoitokomitean mietinnössä (allekirjoittajat Niuvanniemen ylilääkäri A. Björkman, Lapinlahden ylilääkäri C. Sibelius ja arkkitehti E. A. Kranck) tuodaan esille Pariisin (vuonna 1889 ja 1901) ja Antwerpenin (vuonna 1903) psykiatrian kansainvälisten kongressien loppuraportteihin kirjattu tavoite hyödyntää potilaiden hoidossa maanviljelyssiirtoloita ja perhehoitoa aina, kun siihen olisi mahdollisuutta. Tämä hoidollinen tavoite selittää hyvin sen, miksi autonomian ajan mielisairaalat Suomessa perustettiin maaseudulle tai ainakin kaupunkien reuna-alueille. Maanviljelyssiirtoloiden esikuvana voidaan pitää Gheelin psykiatrisille potilaille ja epileptikoille tarkoitettua perhesiirtolaa Belgiassa. Gheelin kaupungissa sijaitsee mielisairaiden suojeluspyhimyksenä pidetyn Dymphnan hauta. Kaupungista olikin tämän takia muodostunut keskiajalla erityisesti epileptikoiden ja mielisairaiden pyhiinvaelluspaikka. Myöhemmin Gheeliin syntyi perhehoitoon perustuvaa siirtolatoimintaa sairastuneille. Gheelin siirtolatoiminta virallistettiin ja organisoitiin uudestaan 1800-luvun lopulla ja tuolloin alueelle perustettiin potilaita sijoittaneiden perheiden tueksi myös pieni keskuslaitos. (Sarvilinna 1938, 21; KM 6:1908, 135). Oleellista siirtolamallissa on se, että potilaat asuvat avoimissa, huvilaryhmien muodostamissa laitoksissa, joissa he osallistuvat maanviljelystöihin. Potilaille pyritään tässä hoitomallissa antamaan mahdollisimman paljon vapauksia, kuitenkin vaarantamatta heidän itsensä tai muiden turvallisuutta eli ”vapauttamaan potilaat suljettujen osastojen, lukkojen ja sulkujen tuottamasta painostavasta tunteesta”, kuten asia komiteamietinnössä ilmaistaan. Suurimpana etuna pidettiin sitä, että potilaiden elämä ei yleensä muodostu vapaissa hoitomuodoissa niin yksitoikkoiseksi kuin suljetuissa laitoksissa, ja etenkin perhehoidossa perheen tarjoama sosiaalinen ympäristö on sekin hoidollisesti tärkeä ja tavoiteltava asia. Vuosisadanvaihteessa perhehoitoa kokeiltiin pienimuotoisesti myös Suomessa. Esimerkiksi vuonna 1901 Sipoossa 50 potilasta oli perhehoidon piirissä. (KM 1908, 135, 140).

Useimmat vuosisadanvaihteen mielisairaalat rakennettiin siis maaseudulle, jossa potilaiden ja heidän tukenaan toimivan palkatun henkilökunnan oli mahdollista harjoittaa puutarhanhoitoa ja maanviljelyä. Työtä pidettiin terapiana, ja käytännöllisen työn katsottiin vuoden 1908 komiteamietinnön mukaan muutenkin ylläpitävän sekä ”ruumiillista että henkistä jäntevyyttä” (KM 1908). Täydellinen toimeettomuus taas katsottiin potilaille haitalliseksi, jos he muuten olisivat olleet työkyntoisia. Tämä tulee hyvin esille myös mielisairaskomitean mietinnössä 24:1909 (komiteamietinnön allekirjoittajat olivat komitean puheenjohtajana toiminut

terveydenhoitolautakunnan puheenjohtaja professori Oskar Heikel, Helsingin kaupunginvaltuutettu August Lundqvist, psykiatri Christian Sibelius ja arkkitehti E. A. Kranck), jossa kirjoitetaan:

Kokemus on täysin osoittanut, että oleskelu rauhallisessa ympäristössä ja sovelias toiminta vaikuttavat rauhoittavasti ja terveellisesti sielun tautien kulkuun. Vaikeus voida kaupunkialueella ottaa asianmukaisesti huomioon nämä seikat, taloudelliset ja muut esitetyt asianhaarat ovat saaneet aikaan, että kaupunkikunnat, eritoten suurkaupungit, nyttemmin rakennuttavat mielisairaalaansa kaupunkialueen ulkopuolelle. Ne pitävät ainoastaan vastaanottolaitokset kaupungin piirissä. (KM no 24: 1909).

Paikan rauhallisuuden ajateltiin edesauttavan raiteiltaan suistuneen mielen koostumista. Toisaalta omavaraistalous oli sairaalalle taloudellisesti tärkeää (Engström 2013, 1, 54). Monista sairaaloista tulikin käytännössä hyvin omavaraisia. Esimerkiksi Nikkilän sairaalassa kasvatettiin avolavoilla vihanneksia ja juureksia. Sairaalan pelloilla viljeltiin puolestaan perunaa. Nikkilän alueelle rakennettiin lisäksi 1920-luvulla kasvihuoneet, joissa kasvatettiin vihanneksia keittiölle ja kukkia sekä myyntiin että sairaalan osastoille. Tupakkaakin viljeltiin potilaiden tarpeisiin. (Tuovinen 2009, 116–120). Vuosien saatossa autonomian ajan mielisairaaloiden ympärille perustettiin myös puutarhat. Käytännössä nämä puutarhat syntyivät potilaiden oman työn tuloksena, vaikka apuna oli toki palkattu puutarhuri ja tarvittaessa muutakin ammattihenkilöstöä. Lapinlahden sairaalan alue oli esimerkiksi alkujaan lähes autio, vaivaismäntyjä ja katajia kasvava alue. Puutarhan perustaminen oli suuri ponnistus, joka vaati mittavia raivaustöitä ja raskaiden kivenlohkareiden raahaamista alueelta. (Achté 1991, 86).

1800-luvun aatevirtaukset suosivat muutenkin puutarhojen perustamista ja ihannoivat maaseutuelämää. Ennen kaikkea kaupungissa asuva keskiluokka niin Suomessa kuin muuallakin Euroopassa haaveili luonnonmukaisesta elintavasta. Ajattelun taustalla oli osittain kritiikki modernisaatiota kohtaan. Erityisesti kritisoiin teollistumista ja tämän aiheuttamia saasteita, teknologista kehitystä, kaupunkiympäristön melua ja kiirettä sekä kaupungistuneen elämäntavan pinnallista materialismia. Romanttisen luonnonfilosofian mukaan teollistumisen ja kaupungistumisen katsottiin olevan myös sairauksien perimmäisiä syitä, koska nämä olivat etäännyttäneet ihmiset luonnosta. Modernisaation synnyttämiin yhteiskunnallisiin ongelmiinkin nähtiin ainoaksi ratkaisuksi paluu takaisin luonnonmukaiseen elämäntapaan. Luonto puolestaan idealisoitiin harmoniseksi, terveelliseksi ja esteettisesti kohottavaksi idylliksi. Tässä aateilmapiirissä syntyivät esimerkiksi luonnonparannusaate, innostus kylpylähoitoihin, raittiusliike, eläinsuojeluliike ja puutarhakaupunkiaate. Naisten vaatemuodissakin hylättiin tiukat kureliivit. Saksassa näitä samankaltaiselta aatteelliselta pohjalta syntyneitä liikkeitä kutsuttiin 1890-luvulla elämänuudistusliikkeiksi (die Lebensreformbewegung). (Rytty 2011, 135–149). Kaupunkien

puutarhoilla oli aiemmin katsottu olevan merkitystä lähinnä kaupunkien paloturvallisuudelle. Puutarhakaupunkiaate oli kuitenkin ennen muuta sosiaalinen liike, joka korosti puutarhojen yhteiskunnallista merkitystä. Kaupunkipuutarhojen tuli olla ensinnäkin kaikkien käytettävissä riippumatta sosiaaliluokasta. Puutarhoilla katsottiin olevan myös hygieniää parantavaa vaikutusta. Kaupunkiympäristöstä oli hyvä tuulettaa pois seisovaan ilmaan syntyvää ja tauteja levittävää miasmaa. Toisaalta puutarhat tarjosivat esteettistä nautintoa ja mahdollistivat terveellisen ulkoilun luonnon siimeksessä. (Sinisalo 1997, 197–198).

Hygieniä oli 1800-luvulla ja 1900-luvun alussa oma lääketieteen erikoisalansa. Vuosisadanvaihteessa järjestettiin useita hygieniää käsitteleviä kansainvälisiä kongresseja ja näyttelyitä ympäri Eurooppaa (esimerkiksi Berliini 1883, Pariisi 1889). Hygieniää käsiteltiin myös eri maiden lääketieteellisissä julkaisuissa ja seuroissa. Euroopassa riehui vuosien 1830–1840 aikana koleraepidemioita ja hygieniäoppiaineen merkitystä lisäsi myös miasma-teorian asteittainen korvautuminen bakteriologisella tietämyksellä. Erityisesti Euroopan teollistuneimmilla alueilla teollisuuden työväestön huonot elinolosuhteet ja tautien leviäminen slummeissa synnyttivät uudistuspainetta. Parantunut kuolinsyytilastointi todisti sekin selvästi huonojen elinolosuhteiden lisäävän kuolleisuutta. (Hietala 1987, 259; Hietala 1992, 62–71). 1800-luvun puolivälin tietämissä Euroopassa ja Yhdysvalloissa syntyi reformiliike, joka ajoi voimakkaasti sosiaalisia uudistuksia. Tämän liikehännän seurauksena esimerkiksi Englannissa saatiin vuonna 1875 aikaan hygienian yleiseen parantamiseen tähtäävä lakiuudistus, Great Public Health Act. Tämä laki muodostui innostavaksi esimerkiksi monen muunkin maan nykyaikaisen ympäristöhygieenisen lainsäädännön kehittämiseksi. Great Public Health Act otti kantaa esimerkiksi viemärointiin, jätehuoltoon, katujen puhdistukseen, elintarvikehygieniaan ja lihan- ja maidon laaduntarkkailuun sekä hoitolaitosten valvontaan. (Vuori 1979, 139). Suomessa Helsinkiin vuonna 1878 perustettu terveyslautakunta sai myös tehtäväkseen valvoa ympäristöhygieniaan liittyviä asioita (Häyrynen 1994, 61). Psykiatrian alalla hygieniä tarkoitti lisäksi sitä, että luonnon parantavalla voimalla, oikealla ruokavaliolla, raikkaalla ilmalla, työllä ja liikunnalla katsottiin olevan hoidollista merkitystä (Pietikäinen 2013, 69).

Suomessa luonnonmukaisuutta ihannoiva ajattelu oli yleistä etenkin 1900-luvun alkupuolella eli jonkin verran myöhemmin kuin muualla Euroopassa. Suomessa kaupungistumiseen liittyvät ongelmat eivät olleet samalla tavalla polttavia kuin muualla. Toki Suomessakin asuttiin vuosisadanvaihteessa ahtaasti ja vesi- ja jätehuollossa oli paljon puutteita. Kuitenkin esimerkiksi vuonna 1870 vain 7,5 % suomalaisista asui kaupungeissa. Autonomian ajalla suurin osa teollisuuden työväestöstäkin asui maaseudulla. Metsäteollisuus oli suuri työllistäjä ja se oli syntynyt

alueille, joissa oli tarjolla vesivoimaa, raaka-aineita ja hyviä uittoreittejä eli kaupunkien ulkopuolelle. Oikeastaan ainoastaan Tampere oli tässä suhteessa poikkeus. (Kolbe 2005, 340, 342, 347). Suomessa kaupungit olivat lisäksi eurooppalaisittain pieniä, joten matkat maaseudulle eivät mistään olleet pitkiä. Suomessa kyllä tunnettiin hyvin englantilaisen Ebenezer Howardin (1850–1928) vuonna 1898 kirjoittama teos ”Garden Cities of Tomorrow: A Peaceful Path to Real Reform”, jossa hän esittelee kehittämänsä puutarhakaupunki-ideaalin. Howardin puutarhakaupunki-ideaalin ja kansainvälisten esimerkkien innoittamana Suomeenkin perustettiin kaupunkipuistoja ja vihreitä esikaupunkeja. Kaisaniemen puisto on Helsingin ensimmäinen julkinen puisto. Alue oli varattu kävelypaikaksi jo J. A. Ehrenströmin laatimassa vuoden 1812 asemakaavassa. Kaisaniemi tuli kaupungin omistukseen vuonna 1826, ja samana vuonna Carl Ludvig Engel teki alueelle puistosuunnitelman. Engel suunnitteli vuonna 1831 myös Esplanadin puiston. (Häyrynen 1994, 62). Puutarhakaupunki-ideaali johti myös huvilakaupunginosien perustamiseen. Huvilakaupunginosissa voitiin yhdistää luonnonläheinen asuminen kaupungin tarjoamiin etuihin. Suomen uusissa huvilakaupunginosissa oli puutarhojen lisäksi myös metsiköitä ja meren läheisyyttä, joita suomalaiset ovat aina arvostaneet. Esimerkkejä 1900-luvun alussa perustetuista huvilaesikaupungeista ovat Eira, Puu-Käpylä ja Kulosaari. (Mannerla-Magnusson 2016, 93; Lilius 1983, 221, 228). Vuosisadanvaihteen kaupunkikuvaan vaikutti omalta osaltaan myös itävaltalaisen Camillo Sitten (1843–1903) vuonna 1889 julkaisema teos ”Der Städtebau nach künstlerischen Grundsätzen”. Tämä teos sai arkkitehdit aiempaa enemmän kiinnostumaan kaupunkisuunnittelusta. Kaupunkisuunnittelun haasteena alkoikin olla se, miten kasvavista kaupungeista voitaisiin kaavoituksen avulla tehdä toimivia, viihtyisiä ja esteettisesti miellyttäviä. Sitte halusi jugendin ja art nouveau inspiroimana irtautua tiukan säännöllisestä ruutukaavasta. Sen sijaan Sitten suunnitelmissa tavoiteltiin keskiaikaan viittaavaa, vapaamuotoisempaa asemakaavaa. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että kaupunkisuunnittelussa huomioitiin kunkin alueen luonnonolosuhteet ja kunnioitettiin alueen aiempaa historiaa. Merkittävää oli sekin, että Sitten suunnitelmiin kuului poikkeuksetta viheralueita. (Sinisalo 1997, 217–219). Suomessa vuonna 1908 aloittaneen asemakaava-arkkitehdin Bertel–Jungin Kulosaari-kaava ja Eliel–Saarisen Munkkiniemi–Haaga-suunnitelma vuodelta 1915 tunnettiin maamme rajojen ulkopuolellakin (Kolbe 2005, 344–345). Bertel–Jung laati lisäksi 1900-luvun reformipuistoajattelun hengessä vuonna 1911 koko Helsingin halkovan viherverkon, joka alkoi Töölönlahdelta päättyen lopulta Kumpulan kartanon alueelle (Hautamäki 2016, 183–184). Vuosisadanvaihteessa myös julkisten rakennusten kuten koulujen, sairaaloiden ja kasarmien ympärille alettiin perustaa puistoalueita. Paviljonkijärjestelmän mukaisesti sairaaloihin puistot kuuluivat muutenkin täysin välttämättöminä, elimellisinä osina. Innokkuus julkisten rakennusten yhteydessä olevien puistoalueiden perustamiseen oli kansainvälinen ilmiö.

Esimerkiksi Preussissa riittävän kokoisen sairaalapuiston perustaminen oli lain säätämä velvollisuus. Siellä lainsäädäntö edellytti, että sairaalan puistoalue käsitti minimissään sadan neliömetrin kokoisen alueen jokaista sairaalan sairaansijaa kohden. (Hietala 1987, 300).

Psykiatristen sairaaloiden sijainti omassa rauhassaan maaseudulla teki niistä kuitenkin väistämättä omia ”pienoismaailmoja”. Potilaiden lisäksi alueella asui hoitohenkilökuntaan kuuluvia perheineen, ja sairaala työllisti myös puutarhurin, keittäjiä, konemestarin, sepän ja monen muunkin ammatin harjoittajia. Parhaimmillaan sairaalasta muodostui hoidollinen yhteisö, joka laajeni myös hoitohenkilökunnan ulkopuolelle. Foucaultin termein mielisairaala voitaneen kuitenkin kaikesta huolimatta kutsua myös heterotopiaksi, eräänlaiseksi vastapaikaksi. Foucaultin mukaan heterotopia on yhteydessä muihin paikkoihin ja myös muistuttaa kaikkia muita kulttuurissa esiintyviä paikkoja, mutta kuitenkin niin, että heterotopiassa muiden paikkojen lainalaisuuden näyttäytyvät joko haastettuina tai merkityksensä menettäneinä tai ikään kuin käännettyinä pääläelleen. Heterotopia onkin totaalisesti erilainen kuin kaikki ne muut kulttuuriset paikat, joita se muistuttaa ja heijastelee. Heterotopia on osa kulttuuria ja tietyn kulttuurin tuottama, mutta samalla myös kulttuurin ulkopuolella. Heterotopiassa syntyykin väistämättä kriittistä etäisyyttä itseen ja muuhun maailmaan. Mielisairaala, jonne ohjataan ne henkilöt, joiden käyttäytymistä pidetään normien vastaisena, on Foucaultin mukaan eräs heterotopian ilmentymä. Heterotopian tunnusmerkki on Foucaultin mielestä se, että sinne tultaessa muuten lineaariseen ajankulkuun muodostuu katkos. Aika ennen sairaalaan tuloa ja aika sairaalaan tulon jälkeen ovat selvän rajan erottamia. Heterotopiaan ei myöskään tulla ja mennä vapaasti. Sen sijaan sisääntulo heterotopiaan ja sieltä poistuminen edellyttävät lupaa ja tiettyjen edellytysten täyttymistä. Heterotopia voi olla hyvin rakennettu, ulkoisesti täydellinenkin, mutta se pysyy kuitenkin heterotopiana. (Foucault 1986, 22–27). Mielisairaala-alue saattoi tuntua potilaista joko turvapaikalta tai vankilalta tai kummaltakin näistä – potilaan kulloisenkin tautitilanteen mukaan vaihdellen – rajoittuihan heidän elinpiirinsä lähes yksinomaan sairaalan alueelle. Psykiatrinen hoito on onneksi vuosien saatossa kehittynyt ja potilaiden pysyvän laitoshoidon tarve on tämän myötä harvinaistunut. Mielisairaalan syrjäiselle sijainnille ei myöskään ole enää nähty perusteita. Esimerkiksi vuonna 1983 Sairaalaliiton Psykiatristen hoitoympäristöjen kehittämisprojektin työryhmä (projektinjohtaja Liisa Horelli) ehdotti monia toimia, joilla käytössä olevien mielisairaaloiden ja muun yhteiskunnan välistä rajaa voitaisiin madaltaa. Tähän kehittämisprojektiin osallistunut työryhmä päätyi lisäksi suosittamaan syrjäisistä laitoksista luopumista, jos laitosten toiminnan integroiminen muuhun yhteiskuntaan osoittautuisi muilla toimilla liian vaikeaksi järjestää. (Sairaalaliitto 1983, 83–85).

1.2.2 PAVILJONKISAIRAALA

Paviljonkijärjestelmällä tarkoitetaan sairaalarakentamisessa ratkaisumallia, jossa eri osastot on sijoitettu erillisiin rakennuksiin. Yhdessä nämä rakennukset muodostavat sitten toiminnallisen kokonaisuuden. Paviljonkijärjestelmän syntyhistoriaan 1800-luvulla liitetään Florence Nightingalen toiminta sotilassairaaloiden kehittäjänä. Nightingale toimi sairaanhoitajana Krimin sodassa (1853–1856) aikana, jolloin infektiokuolleisuus oli suurta. Ihmetystä herätti sekin, miksi haavoittuneet sotilaat paranivat nopeammin teltoissa ja vetoisissa talleissa kuin sairaaloissa. (Paatela 2003, 28). Miasma-teorian mukaan sairaaloiden suurten kuolleisuuslukujen katsottiin johtuvan ennen muuta sairaalaosastojen huonosta ilmastoinnista. Vasta jonkin verran myöhemmin puhtauteenkin ymmärrettiin kiinnittää huomiota. Krimin-sodan kokemukset antoivat Nightingalelle sysäyksen ryhtyä ajamaan sairaaloita koskevia uudistuksia. Florence Nightingale sai ajatuksilleen myös muita arvovaltaisia kannattajia. Esimerkiksi kirurgi John Roberton ja arkkitehtilehti *The Builderin* päätoimittaja George Godwin ryhtyivät tekemään paviljonkijärjestelmää tunnetuksi Englannissa ja kansainvälisestikin. Englannin lisäksi myös Ranskasta löytyy varhaisia esimerkkejä paviljonkirakentamisesta. (Richardson 1998, 5–6).

Paviljonkisairaalassa potilasosastoihin tehtiin kummallekin sivulle isot ikkunat, joiden avulla tuuletettaessa osastoille saatiin aikaiseksi hyvä ristiveto. Samalla osastoista tuli valoisia. Useiden potilaiden isot osastot helpottivat lisäksi sairaanhoitajien työtä. Infektioiden torjunnan kannalta merkityksellisintä oli kuitenkin se, että potilaat kohortoitiin paviljonkijärjestelmässä sairautensa mukaan eri osastoille. Hajasijoitettujen osastojen lisäksi paviljonkirakentamisessa suosittiin suuria, korkeita huoneita ja leveitä käytäviä. Kulku eri osastoja yhdistävään käytävään tai portaakkoon sijoitettiin kunkin osaston päähän. Sairaala koostui sitten useista, puistoalueen erottamista rakennuksista, jotka etenkin paviljonkirakentamisen alkuaikoina olivat kuitenkin usein yhteydessä toisiinsa käytävärakennelmien avulla. Paviljonkisairaalat saattoivatkin muodostua eri tavalla käytävien yhdistämiä rakennuskomplekseiksi. Oleellista oli kuitenkin se, että varsinaiset potilaspaviljongit sijaitsivat niin kaukana toisistaan, että osastoille varmasti saatiin riittävästi auringonvaloa ja ilma pääsi esteettä kulkemaan rakennusten välissä. Osastoihin saattoi lisäksi liittyä terassit, joihin potilaat saatettiin hyvällä ilmalla viedä. Terassien merkitys korostui erityisesti tuberkuloosisairaaloissa. (Dixon 1978, 112–113; Verderber 2010, 20–21). Tuberkuloosin hoidossa raitista ilmaa ja auringonvaloa pidettiin erityisen tärkeänä. Tuberkuloosia sairastavia potilaita pyrittiin lisäksi harjaannuttamaan niin kylmään lämpötilaan kuin mahdollista. Osastojen lämmitys pyrittiin minimoimaan ja potilaat viettivät paljon aikaa terasseilla, jos tähän suinkin oli

mahdollisuutta. Miasma-teorian mukaan sairaalarakennukset haluttiin sijoittaa lisäksi korkealla ja kuivalle paikalle. Erilliset paviljonkirakennukset olivat yleensä matalia, korkeintaan 2–3-kerroksisia. Ideaalitapauksessa paviljonkisairaalassa olisi ollut korkeintaan 25–30 sairaansijan osastoja, koska nämä riittävän suurina olivat helpommin ilmastoitavia, mutta kuitenkin hyvin hoitohenkilökunnan hallittavissa. (Taylor 1997, 7, 24, 50, 112). Suomessa paviljonkijärjestelmän mukaisia sairaaloita somaattisella puolella olivat esimerkiksi F. A. Sjöströmin suunnittelema Helsingin kirurginen sairaala (valmistui vuonna 1888) sekä A. H. Dahlströmin ja G. Wileniuksen suunnittelema Helsingin synnytyslaitos, sittemmin Kättilöopisto (valmistui vuonna 1875). Helsingin kirurgisen sairaalan suunnitelmasta järjestettiin aikanaan kansainvälinen arkkitehtuurikilpailu, jonka F. A. Sjöströmin ehdotus voitti. A. H. Dahlströmin ja G. Wileniuksen suunnitteleman Kättilöopiston rakennukset on sittemmin purettu. Maarit Henttosen mukaan sairaaloiden hyvän ilmastoinnin ja piha-alueiden merkitys korostui myös lastensairaaloiden kohdalla. Lastensairaaloiden tuli sijaita mahdollisimman rauhallisella alueella, jonne tehtaiden savut tai liikenteen katkut eivät kantautuneet. Raikkaassa ulkoilmassa leikkimisen katsottiin edistävän lasten paranemista. Tämän takia lastensairaaloiden ympärille tuli rakentaa piha, jonne lapsia voitiin tarvittaessa kuljettaa vuoteissakin hengittämään terveellistä ulkoilmaa. (Henttonen 2004, 165; Henttonen 2009 202, 243).

Psykiatriseen sairaanhoitoon paviljonkirakentaminen tuli eri reittejä ja osin erilaisista lähtökohdista kuin somaattiseen sairaanhoitoon. Tosin 1800-luvun valoa ja hyvää ilmastointia korostava hygieniaooppi huomioitiin myös psykiatriassa. 1800-luvulla psykiatrian piirissä vaikutti *non-restraint*-periaatteeseen nojautuva uudistusliike. *Non-restraint*-ajattelussa oleellista oli pyrkimys psykiatristen potilaiden inhimilliseen kohteluun. Tavoitteena oli välttää mielisairaaloissa kaikenlaista turhaa voimankäyttöä ja potilaiden mekaanista rajoittamista. Pikkuhiljaa oli havahduttu siihen, että psykiatristen potilaiden hoidossa turha voimankäyttö usein vain pahensi potilaiden oireita. (Pietikäinen 2013, 154). *Non-restraint*-periaatteen pioneerina pidetään kveekari William Tukea (1732–1822). Hän perusti vuonna 1796 York Retreat-laitoksen, jossa mielisairaajat asuivat kodinomaisissa olosuhteissa. Potilaille tarjottiin laitoksessa myös mielekästä tekemistä, esimerkiksi ulkoilua, lukemista ja maalaamista. Lisäksi miehet tekivät puutarhatöitä ja naiset auttoivat kotitaloustöissä tai tekivät käsitöitä, jos heidän kuntonsa suinkin vain salli työntekoon osallistumisen. Oleellista oli se, että potilaita kohdeltiin inhimillisesti ja hoidossa pyrittiin välttämään mahdollisimman pitkälle pakkotoimia. Mahdollisuus työntekoon ja mielekkääseen harrastamiseen oli toki tärkeää sekin, viettihän moni potilaista laitoksissa koko loppuelämänsä. York Retreat-laitoksesta tuli omana aikanaan hyvin kuuluisa ja siellä vieraili psykiatrisen hoidon suunnittelusta vastaavia henkilöitä monista eri maista. William Tuken perustama hoitolaitos ja myöhemmin perustetut psykiatrisille potilaille tarkoitetut maanviljelyssiirtokunnat osoittivat, että

inhimillisempi psykiatristen potilaiden hoito oli ylipäättään toteutettavissa. Vaikka rajoitustoimien käytöstä ei voitukaan kokonaan luopua, niiden tarve oli kuitenkin selvästi vähentynyt potilaiden parantuneella kohtelulla. Nämä esimerkit kannustivat psykiatreja kehittämään psykiatrasta hoitoa kokonaisuudessaan inhimillisempään suuntaan. (Rosen 1991, 27; Engstrom 2013, 54; Richardson 1998, 177).

Ensimmäisten Eurooppaan rakennettujen mielisairaaloiden pohjapiirustukset oli hyvin pitkälti lainattu vankiloista. Sairaalat olivat kolkkoja. Potilaat asuivat usein lukkojen takana sellimäisissä kopeissa, jotka avautuivat pitkiin käytäviin. Ankeissa sairaaloissa ei ollut kunnollisia päiväoleskelutiloja eikä ulkoilumahdollisuutta. (Achté 1991, 24). *Non-Restraint*-periaate heijastui myös mielisairaaloiden arkkitehtuuriin. Tunnetuimpia *non-restraint*-aatteen puolestapuhujia olivat englantilainen psykiatri John Conolly (1794–1866) ja saksalainen neurologi ja psykiatri Wilhelm Griesinger (1817–1868). John Conollyn teos ”The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints” (1856) tunnettiin laajalti Euroopassa. (Engstrom 2013, 54, 61). Conollyn Hanwellissa sijaitsevassa Middlesex-mielisairaalaossa pitämä luentosarja julkaistiin lisäksi jo vuonna 1846 *The Lancet*-lehdessä, joka on yksi vaikutusvaltaisimmista ja laajalevikkisimmistä lääketieteen alan julkaisuista. Conolly kirjoitti:

A lunatic asylum is intended to be, not merely a place of security, but a place of cure, and that every case is curable or improvable up to a certain point. The cure of the curable, the improvement of the incurable, the comfort and happiness of all the patients, should steadily be kept in view by the architect, from the moment in which he commences his plan, and should be the constant guide of the governing bodies of asylums in every law and regulation which they make, and every resolution to which they come. At present this is very far from being the case. (Conolly 1846, 1).

Non-restraint-ajattelun seurauksena erityisesti 1800-luvun puolivälin jälkeen psykiatriset sairaalat sekä Euroopassa että Yhdysvalloissa rakennettiin enenevässä määrin paviljonkijärjestelmän mukaisesti. Oleellista oli, että sairaalarakennukset muistuttaisivat enemmän huviloita kuin vankiloita ja sijaitsivat kauniissa miljöössä puutarhan keskellä. Psykiatrinen paviljonkisairaala muodostui sitten useammasta tällaisesta puistoalueen erottamasta rakennuksesta. Osa rakennuksista oli varattu naisille ja osa miehille. Potilaat sijoitettiin sitten eri paviljonkirakennuksiin oireidensa vaikeusasteen mukaan. Tällä tavalla levottomimmat potilaat saatiin erotettua muista. Potilaille pyrittiin lisäksi antamaan niin paljon vapauksia, kun suinkin oli mahdollista ilman, että potilas kuitenkaan vaarantaisi itseään tai muita. (Engstrom 2013, 54).

Conollyn mukaan optimaalinen psykiatrinen sairaala olisi kohtuullisen pieni, suunniteltu noin neljällesadalle potilaalle (Conolly 1846, 2). Suomessa, vuoden 1909 komiteamietinnön mukaan,

yhden sairaalan potilaiden enimmäismäärän tavoitteeksi asetettiin noin viisisataa potilasta (KM 1908). Todellisuudessa psykiatriset sairaalat Suomessa kuitenkin kasvoivat vuosien saatossa selvästi tätä suuremmiksi. Conollyn oman kokemuksen mukaan H-mallin mukaan suunniteltu paviljonkirakennus toimi psykiatristen potilaiden hoidossa hyvin. Tässä mallissa rakennuksen keskiosaan sijoitetaan tiloja hoitohenkilökunnalle. Lisäksi rakennuksen keskiosassa oli 1800-luvulla usein kappeli ja isompi huone, jossa saattoi järjestää potilaille erilaisia iltatilaisuuksia. Keskiosaan sijoituivat usein myös harrastetilat ja tarvittaessa myös keittiö ja pesula. Rakennuksen kummassakin päässä oli sitten erilliset siipiosat potilashuoneita varten. Päiväkäyttöön tarkoitetut oleskelutilat tuli mielellään sijoittaa rakennuksen etelä- tai kaakkoispuolelle. Tärkeintä oli kuitenkin se, että huoneet olivat valoisia ja että niiden ikkunoista aukesi näkymä puutarhaan. (Conolly 1846, 2–3). Lapinlahden sairaalarakennus on H-mallin mukainen, ja tätä rakennustyyppiä tai sen erilaisia muunnoksia suosittiin myös muissa Suomen paviljonkijärjestelmän mukaisissa mielisairaaloissa (esimerkiksi Niuvanniemi, Pitkäniemi ja Nikkilä). Kellokosken kartanoonkin rakennettiin H-mallin mukaiset siipiosat, kun se muokattiin 1900-luvun alkupuolella mielisairaalakäyttöön. Koska potilashuoneista haluttiin tehdä niin valoisia kuin mahdollista, huoneiden ikkunapinta-alan tuli olla mahdollisimman suuri. Rakennuksen H-malli tuki tätä tavoitetta. Siipiosien ansiosta potilashuoneiden syvyydet pysyivät ikkunoiden kokoon nähden optimaalisina. Rakennuksista ei myöskään tullut suhteettoman pitkiä. Ilman H-mallin rakennusten siipiosia mielisairalarakennuksiin olisi väistämättä muodostunut sairaalan arkea hankaloittavia pitkiä käytäviä.

Sekä psykiatrit että arkkitehdit lukivat oman alansa ammattikirjallisuutta ja osallistuivat alansa kansainvälisiin kongresseihin. Sekä psykiatrit että arkkitehdit tekivät lisäksi poikkeuksetta tutustumiskäyntejä muihin eurooppalaisiin mielisairaaloihin käynnistäessään uuden mielisairaalan suunnittelun. Arkkitehtien koulutuksessa arvostettiin muutenkin kansainvälisyyttä. Käytännössä lähes kaikki vuosisadanvaihteessa tai pian sen jälkeen valmistuneet arkkitehdit täydensivät opintojaan ulkomailla. Saksa ja muut Pohjoismaat olivat erityisen suosittuja matkakohteita, mutta matkoja tehtiin laajalti myös muualle Eurooppaan. (Niemi 1999, 19). Esimerkiksi Suomen ensimmäiseen arkkitehtisukupolveen kuulunut, vuonna 1887 Polyteknillisestä opistosta valmistunut E. A. Kranck (1864–1936) teki 1890-luvulla opintomatkoja Italiaan, Sveitsiin, Saksaan, Tanskaan ja Ruotsiin (Tuovinen 2009, 21, Meurman 1977, 140–141). Suomessa psykiatrisessa sairaalarakentamisessa siirryttiinkin paviljonkijärjestelmään lähes samassa aikataulussa kuin muualla Euroopassa. Paviljonkijärjestelmän nopeaa tuloa Suomeen selittää sekin, ettei täällä

juurikaan ollut aiemmin rakennettuja, vanhoja mielisairaaloita, joiden käyttöä olisi vielä haluttu jatkaa.

Kun Lapinlahden sairaalan ensimmäinen ylilääkäri Fahlander kävi vuonna 1856 tutustumassa muiden Euroopan maiden mielisairaaloihin, pyrittiin hänen arvionsa mukaan Englannissa jo laajalti noudattamaan *non-restraint*-periaatetta. Puistojen ympäröimissä mielisairaaloissa oli avarat päiväsalit ja korkeat, valoisa huoneet. Ranskassa sitä vastoin oli käytössä vielä monia vanhoja ja kolkkoja mielisairaalarakennuksia kuten Charenton, Salpêtriêre ja Bicetren. Osa Ranskan mielisairaaloista toimi myös vanhoissa linnoissa tai luostareissa. Tutustumismatkansa jälkeen Fahlander ehdotti houruinhoidon johtokunnalle, että Helsinginseudullekin tulisi rakentaa kokonaan uusi ja paremmin tarkoitustaan vastaava ja uudenaikaisempi mielisairaala. Lapinlahden alue oli tuolloin Fahlanderin kuvaamana hedelmätön, autio ja kallioinen niemeke, joka kyllä tarjosi avaran näköalan ja mahdollisuuden merikylpyihin, mutta ei kunnollista viljelykelpoista maaperää. Puutarha olisi suuresti lisännyt alueen viihtyisyyttä. Lisäksi Fahlander huomautti, että osa Lapinlahden niemestä oli luovutettu tykistö patterille ja kasarmille ja alue oli tämän takia muuttunut rauhattomaksi sotaväen marssiessa jatkuvasti sairaala-alueen läpi. Lapinlahden sairaala jäi Fahlanderin ehdotuksesta huolimatta entiselle paikalleen, mutta remontoitiin kyllä myöhemmin. Alueelle perustettiin lisäksi vähitellen potilaiden kovalla työllä puutarha ja puistoalue. Helsingin uusi sairaala rakennettiin puolestaan myöhemmin Sipoon Nikkilään, kun Lapinlahden sairaalan potilaspaikat eivät enää riittäneet kaikille tarvitseville. (Sarvilinna 1938, 250–261).

Arkkitehti Magnus Schjerfbeck kävi tutustumassa eurooppalaisiin mielisairaaloihin 1890-luvulla. Tämän matkan jälkeen hän kirjoitti seikkaperäisesti tekemistään havainnoista *Teknikern*-lehteen. Monilla pienilläkin rakenteellisilla ratkaisuilla paviljonkijärjestelmän mukaisista mielisairaaloista oli pyritty tekemään potilaille terveellisempiä ja turvallisempia. Mielisairaalarakennuksissa vältettiin esimerkiksi korostettuja listoituksia ja rikkaita profiloituksia, koska nämä pölyä keräävinä miellettiin epähygieenisiksi. Samasta syystä huonetiloissa seinien ja myös sisäkattojen suorakulmaiset liittymät ja muut seinäkulmat pyöristettiin. Tällä toimenpiteellä varmistettiin sekin, etteivät potilaat pääsisi satuttamaan itseään teräviin seinäkulmiin. Sileäksi rapatut ja vaaleiksi maalatut seinät koettiin nekin hygieenisiksi. Schjerfbeck kirjoitti kuitenkin, että kaikkien arkkitehtonisten ja rakenteellisten muotojen yksinkertaistaminen oli tehtävä aina hyvällä maulla ja tyylikkäästi. Eurooppalaisissa mielisairaaloissa suosittiin lattiamateriaalina tammiparkettia tai öljyttyä puuta. Myös linoleumia saatettiin käyttää. (Schjerfbeck 1893). John Conolly kritisoi hankin mielisairaaloitten kivilattioita, koska nämä olivat talvella yleensä aivan liian kylmiä. Lisäksi etenkin epileptikot saattoivat saada kovalle lattialle kaatuessaan vammoja. (Conolly 1846, 3). Ikkunoiden ja

ovien turvallisuuteen oli pyritty kiinnittämään aivan erityistä huomiota. Ovet olivat vahvoja ja tarvittaessa hoitohenkilökunnan lukittavissa. Vanhoissa mielisairaaloissa potilashuoneiden ikkunat olivat olleet pieniä ja sijainneet usein korkealla katonrajassa. Schjerfbeckin havaintojen mukaan uudemmissa mielisairaaloissa tästä käytännöstä oli jo luovuttu. Turvallisuuden takia ikkunat olivat kuitenkin vahvaa lasia ja ikkunanpuitteet rautaheloilla vahvistettuja. Ikkunalauta saattoi myös olla niin viistottu, ettei sille voinut nousta seisomaan tai sen päällä edes kunnolla istua. Lisäksi ikkunoiden alaosa oli joissakin sairaaloissa saatettu sulkea kiinteällä ratkaisulla, mitä Schjerfbeck piti kuitenkin paloturvallisuuden näkökulmasta arveluttavana. (Schjerfbeck 1893). John Conollyn mielestä mielisairaaloiden suunnittelussa jokainen yksityiskohta on tärkeä, sillä seinät, katot, ovet ja ikkunat vaikuttavat kaikki potilaiden päivittäiseen hyvinvointiin. Sairaalan tulee olla talvisin lämmin ja kesällä taas sopivan viileä ja varjoisa. Iltasin valaistuksen tulee olla kaikissa huoneissa riittävä. Turvallisuuden takia tehdyt ratkaisut eivät kuitenkaan saisi tehdä mielisairaaloista ankeita tai synkkiä. Tavoitteena kun tulisi aina olla sairaalarakennusten ja koko sairaala-alueen iloinen ja miellyttävä kokonaisvaikutelma. (Conolly 1846, 1).

Paviljonkijärjestelmästä tuli vallitseva käytäntö mielisairaalarakentamisessa 1860-luvulta aina 1900-luvun alkupuolelle saakka. 1900-luvun alkupuolella paviljonkijärjestelmä alkoi kuitenkin asteittain korvautua blokkisairaaloilla ja 1930-luvulle tultaessa laajoja alueita vaativasta paviljonkijärjestelmästä oli sitten sairaalasuunnittelussa jo pääosin luovuttu. Blokkisairaalaossa eri osastot sijaitsevat samassa korkeassa rakennuksessa, jossa kerrosten välinen liikenne hoidetaan hissien avulla. Muutosta vauhdittikin hissi- ja rakennustekniikan kehitys. Blokkisairaalat ovat edullisempia rakentaa ja niiden ylläpito on myös paviljonkijärjestelmän mukaisia sairaaloita halvempaan. Blokkirakentaminen säästi tonttikustannusten lisäksi esimerkiksi valaistus-, putki-, lämpö-, siivous- ja henkilökuntakustannuksia. Psykiatrisessa sairaanhoidossa paviljonkijärjestelmän mukaan rakennetut sairaalat ovat kuitenkin palvelleet pitkään. Oikeastaan vasta 1900-luvun lopussa osa näistä on jäänyt sairaalakäytössä tarpeettomiksi potilaiden siirryttyä merkittävältä osin avohoitoon. (King 1980, 84; Henttonen 2009, 199–207). Vaikka paviljonkijärjestelmästä sairaalarakentamisessa luovuttiin, usko arkkitehtuuriin sosiaalisen muutoksen välineenä säilyi. Esimerkiksi funktionalismin ideologiaan kuului asuntohygieeninen ajattelu. Le Corbusier kirjoitti vuonna 1923 kirjassaan ”Vers une architecture”, että moderni terveellinen koti ei tarvitse väriä vaan enemmän valoa, valkoista, katkeamatonta valoa. Valkoinen pinta on Le Corbusierin mukaan välttämättömyys sekä köyhille että rikkaille samalla tavalla kuin vesi, maito, ja leipä. (Boden 1997, 197). Valo, aurinko, puhdas ilma ja avoimuus olivat modernin arkkitehtuurin tavoitteita. Le Corbusier suosikin arkkitehtuurissaan aurinkoterasseja, luonnon läheisyyttä, horisontaalisia laajoja

ikkunapintoja ja avoimia pohjaratkaisuja. Monet näistä Le Corbusierin ja modernismin ideaaleista siirtyivät myös sairaalarakentamiseen. Le Corbusierin modernismin antamien vaikutteiden seurauksena moneen 1900-luvun moderniin blokkisairaalaan rakennettiin esimerkiksi parvekkeet ja terassit. (Henttonen 2009, 241).

2 NIKKILÄN MIELISAIRAALAN MILJÖÖ

2.1 SAIRAALASUUNNITTELUA YLEISTEN RAKENNUSTEN YLIHALLITUKSESSA

1800-luvulla ja 1900-luvun alussa sairaalarakennusten suunnittelusta vastasivat Suomessa Yleisten rakennusten ylihallituksen arkkitehdit. Tässä keskusvirastossa työskentelivät ylijohtaja, yliarkkitehti sekä varsinaisina suunnittelijoina kaksi ensimmäistä arkkitehtia, joilla oli apunaan niin kutsuttuja ylimääräisiä arkkitehteja. Yleisten rakennusten ylihallituksen alaisuudessa oli lisäksi lääninkonttoreita, jotka vastasivat oman lääninsä alueella pienempien rakennusprojektien suunnittelusta ja valvoivat lisäksi oman alueensa kaupunkien kaupunkikuvan rakennustaiteellista tasoa. Yleisten rakennusten ylihallituksen arkkitehtien palkat olivat arkkitehtien keskimääräisiä palkkoja matalampia, minkä takia valtion arkkitehdit saattoivat hankkia lisätuloja muillakin suunnitteluprojekteilla. Vuosisadanvaihteessa oli lisäksi hyvin yleistä, että Polyteknillisestä koulusta (muutettiin vuonna 1879 Polyteknilliseksi opistoksi ja sitten vuonna 1908 Suomen Teknilliseksi korkeakouluksi) valmistuneet nuoret arkkitehdit hakeutuivat ensin Yleisten rakennusten ylihallitukseen ylimääräisiksi arkkitehteiksi saadakseen valtiolta satunnaisia rakennustyömaiden valvontatehtäviä. Tällä tavalla nuoret arkkitehdit saivat palkkatuloja, vaikka eivät vielä olleet arkkitehtitoimistojen palkkalistoilla ja samalla hankkivat arvokasta työkokemusta. (Halila 1967, 65, 69). Julkinen rakentaminen oli vuosisadan vaihteessa hyvin vilkasta ja Yleisten rakennusten ylihallituksen arkkitehteilla oli paljon töitä. Merkittävä osa julkisista varoista käytettiin juuri rakennustoimintaan ja esimerkiksi vuosina 1888–1892 80 % tästä summasta kului sotilasrakennusten, vankiloiden, sairaaloiden ja oppikoulujen rakentamiseen. (Viljo 1989, 78).

Sairaalasunnittelu vaatii erityisosaamista. Vuonna 1891 Lääkintöhallituksen pääjohtaja esittikin senaatille, että yksi Yleisten rakennusten ylihallituksen arkkitehteista olisi määrättävä valmistelemaan kaikki lääkintöalan rakennustoimintaan liittyvät asiat. Yleisten rakennusten ylihallituksessa oli pyritty jo aiemmin, 1870-luvulta lähtien, keskittämään suurten julkisten rakennushankkeiden suunnittelu kyseisten rakennusten suunnitteluun erikoistuneille arkkitehteille. Erikoistumista oli tapahtunut etenkin sairaaloiden, vankiloiden ja majakoiden suunnittelussa. Vuonna 1891 toivottiin kuitenkin varsinaisen sairaala-arkkitehdin viran perustamista. (Henttonen 2009, 144; Halila 1967, 70). Senaatti hyväksyi Lääkintöhallituksen esityksen, ja ensimmäiseksi sairaala-arkkitehdiksi nimettiin vuonna 1892 Magnus Schjerfbeck. Pitkäniemen keskuslaitoksen suunnittelu oli sitten Schjerfbeckin ensimmäinen suuri työtehtävä sairaala-arkkitehtina. Lääkintöhallitus toimi Pitkäniemen ja jatkossa muidenkin mielisairaaloiden rakentamisessa aloitteentekijänä ja näin tilaajan roolissa. Yleisten rakennusten ylihallitus laati

rakennussuunnitelmat, jotka sitten lähetettiin Lääkintöhallitukseen tarkastettaviksi. Myös lääkäreillä oli sairaalasuunnittelussa näin oma roolinsa, kuten Maarit Henttonen synnytyssairaaloiden arkkitehtuuria käsittelevässä tutkimuksessaan tuo esille (Henttonen 2009, 34). Lääkärit katsoivat sairaalarakennusten suunnittelua sairaaloiden toiminnan ja rakennusten käytettävyyden näkökulmasta. Tämän takia lääkärit ottivat kantaa etenkin rakennusten tilajakoihin. Arkkitehdit vastasivat kuitenkin rakennusten kokonaissuunnittelusta, teknisistä ratkaisuista ja esimerkiksi julkisivujen suunnittelusta. Kun sairaaloiden piirustukset oli tarkastettu Lääkintöhallituksessa, Yleisten rakennusten ylihallituksessa tehtiin sairaalarakennuksista lopulliset piirustukset ja laadittiin myös kustannusarvio. (Halila 1967, 70). Arkkitehtien ja lääkärin yhteistyö oli muutenkin tiivistä, Kummankin ammattikunnan edustajat olivat esimerkiksi mukana Mielisairaskomiteoissa laatimassa psykiatrinen sairauksien hoitoa koskevia suunnitelmia ja mietintöjä. Nämä mietinnöt lähetettiin sitten senaatin käsiteltäviksi eli ne toimivat psykiatrinen hoitoa koskevan lainsäädäntötyön pohjana.

Magnus Schjerfbeckin jälkeen Yleisten rakennusten ylihallituksen sairaala-arkkitehtina toimi Ernst Albin Kranck (1864–1936). Hän oli opiskellut Polyteknillisessä opistossa vuosina 1882–1887, jolloin koulun opettajana ja myöhemmin johtajana toimi Gustaf Nyström. (Matrikel 1899). E. A. Kranck hakeutui tuolloisen tavan mukaan heti valmistumisensa jälkeen Yleisten rakennusten ylihallitukseen ylimääräiseksi arkkitehdiksi. 1800-luvulla ja vuosisadanvaihteessa arkkitehdit olivat itse vastuussa rakennusten rakenteiden suunnittelusta ja lujuuslaskelmista. Yleisten rakennusten ylihallituksen rakennusprojektien valvontatöihin osallistuminen antoi nuorille arkkitehdeille mahdollisuuden perehtyä tähän rakennustoiminnan tekniseen puoleen käytännössäkin. Arkkitehdit valvoivat työmaalla muidenkin rakennustöiden yksityiskohtaista suoritusta, ja tietenkin tällaiset valvontatyöt olivat nuorille arkkitehdeille myös taloudellisesti tärkeitä. (Viljo 1989, 78). Tämän työtehtävän jälkeen E. A. Kranck toimi jonkin aikaa Viipurin kaupunginarkkitehdin tehtävissä (vuosina 1891–1892), mutta palasi Viipurista myöhemmin Yleisten rakennusten ylihallitukseen. Kranck osallistui ensin ylimääräisenä arkkitehtina ja myöhemmin apulaisarkkitehtina esimerkiksi Pitkaniemen keskuslaitoksen rakennustöiden valvontaan ja tämän lisäksi muihinkin tuolloin Yleisten rakennusten ylihallituksessa käynnissä olleisiin suunnittelutehtäviin. (Pitkaniemen keskuslaitoksen rakentaminen ajoittui vuosille 1896–1899). Vuonna 1914 hänet nimitettiin sairaalarakentamisesta vastaavaksi vt. ensimmäiseksi arkkitehdiksi ja vuonna 1918 varsinaiseksi sairaalarakentamisen ensimmäiseksi arkkitehdiksi. Tässä virassa hän toimikin eläkkeelle siirtymiseensä saakka eli vuoteen 1929. (Halila 1967, 483). Pitkän sairaala-arkkitehdin uran aikana E. A. Kranck suunnitteli esimerkiksi Nikkilän mielisairaalan Sipooseen, Lounais-Suomen piirimielisairaalan Uuteenkaupunkiin, Kellokosken kartanon muutostyöt mielisairaalakäyttöön ja

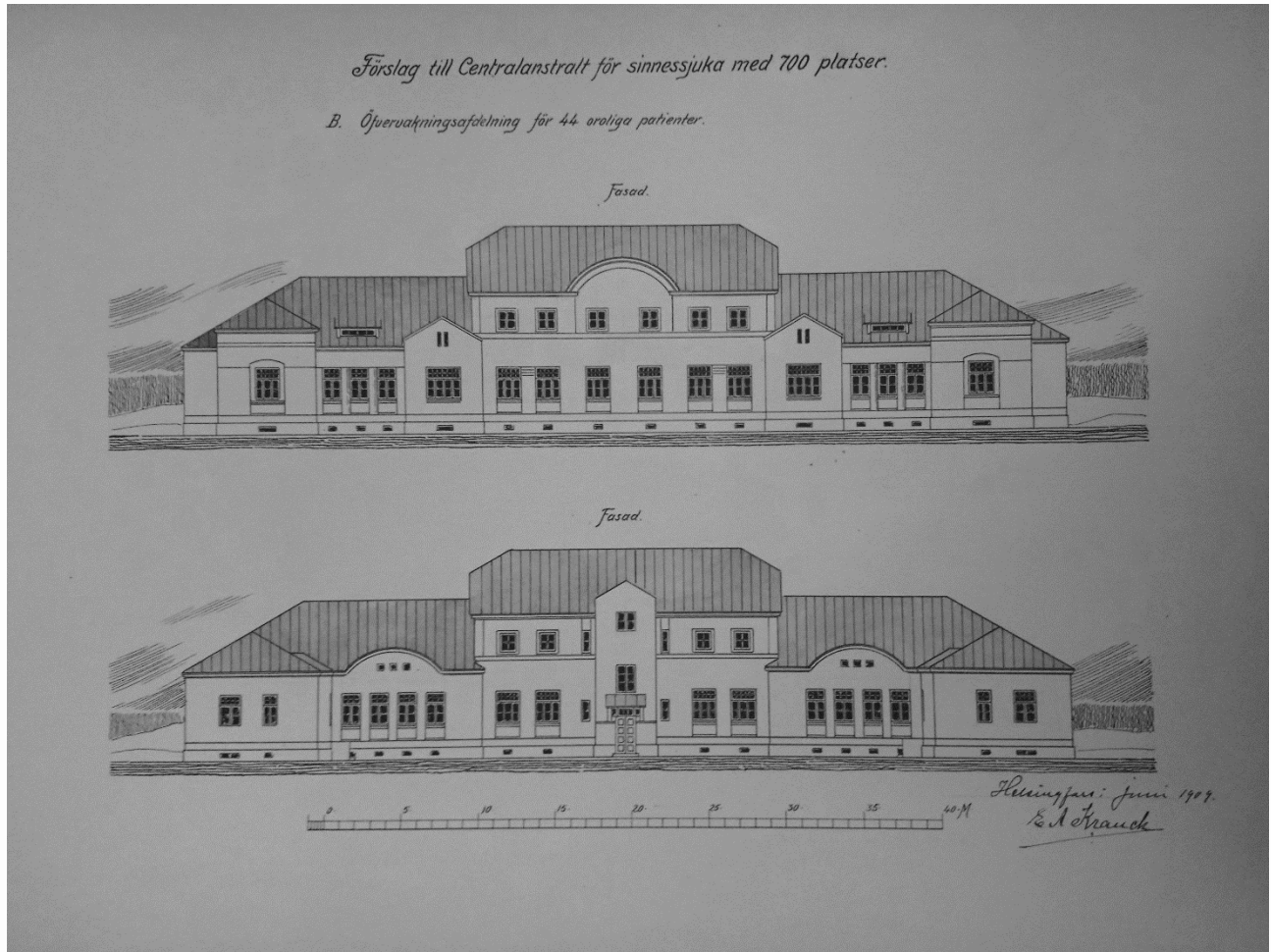
Tammisaaren kasarmirakennusten muutostöitä niiden siirrettyä mielisairaalakäyttöön. Lisäksi Kranck on suunnitellut Seinäjoen vanhan lääninsairaalan (1926), Muurolan parantolan Rovaniemelle (1927) ja nykyisen Tampereen yhteiskoulun lukion (perustettiin vuonna 1895 oppikouluksi ja valmistui tästä kuusi vuotta myöhemmin eli vuonna 1901). Seinäjoen vanhassa lääninsairaалassa toimii nykyisin Etelä-Pohjanmaan musiikkiopisto ja kansanopisto. E. A. Kranckin suunnittelema Muurolan parantolan rakennuksia ei enää ole, koska saksalaiset sotilaat räjäyttivät ne lähtiessään vetäytymään Lapista vuonna 1944. Tampereen yhteiskoulun lukio on nykyisin suojeltu rakennustaiteellisin, kulttuurihistoriallisin ja maisemallisin perustein. Kranck suunnitteli myös asuinrakennuksen Helsinkiin, Engelin aukion kulmaan, kodiksi omalle perheelleen. Kranckin toimintaa Yleisten rakennusten ylihallituksessa arvostettiin. Hänelle myönnettiin suuriruhtinaskunnan aikana virkamiehille tavanmukaisesti annetun Stanislain kunniamerkin lisäksi Annan ritarikunnan III luokan kunniamerkki ja kaksi keisarillista muistomitalia. (Meurman 1977, 140–141).

Senaatti asetti vuonna 1905 komitean selvittämään Suomen mielisairaanhoidon tuolloista tilaa ja samalla kartoittamaan uusien mielisairaaloiden tarvetta. Komitean puheenjohtajaksi kutsuttiin Niuvanniemen ylilääkäri A. Björkman. Muut komitean jäsenet olivat Lapinlahden ylilääkäri C. Sibelius ja arkkitehti E. A. Kranck Yleisten rakennusten ylihallituksesta. Tämän komitean laatima mietintö luovutettiin sitten vuonna 1909 senaatille. Vuoden 1908 komiteamietinnössä tuotiin esille non-restraint-hoitomallin ideaali, mielisairaalarakentamisen paviljonkijärjestelmä ja kansainväliset esimerkit maanviljelyssiirtokunnista ja perhehoidosta. Paviljonkijärjestelmän mukaisiin laitoksiin voitaisiin siirtää akuuttihoitoa tarjoavista sairaaloista kroonisemmin sairastuneita kodikkaampaan ympäristöön saamaan hoitoa. Samalla heille voitaisiin tarjota mahdollisuus osallistua maataloustöihin ja näiden vastapainona muutakin toimintaa kuten lukemista, musiikkia, huviretkiä ja pieniä juhlallisuuksia. (KM 1908, 10). Vaikka psykiatrisessa hoidossa tulisi jatkossa mahdollisuuksien mukaan pyrkiä avohoitoon, komitea suositti myös useiden uusien mielisairaaloiden rakentamista ja vanhojen laajentamista. Esimerkiksi Porvoon lähelle tulisi perustaa uusi keskuslaitos, joka helpottaisi Lapinlahden sairaalan ylikuormitusta. Lapinlahden sairaala toimi jo tuolloin opetussairaалana ja suurempi potilasaineisto tarjoaisi opiskelijoillekin laajemman näkökulman psykiatriin sairauksiin. (KM 1908, 108). Myöhemmin Porvoon lähelle suunnitellun uuden mielisairaalan paikaksi valikoitui kuitenkin Sipoon Nikkilä. Varsinaisen päätöksen tämän laitoksen perustamisesta teki Helsingin kaupunginvaltuusto 15.2.1910. Nikkilän mielisairaalaan suunniteltiin 300 sairaansijaa, neljä potilaspaviljonkia naisille ja neljä potilaspaviljonkia miehille. Lisäksi sairaala-alueelle rakennettaisiin hallintorakennus, ylilääkärin

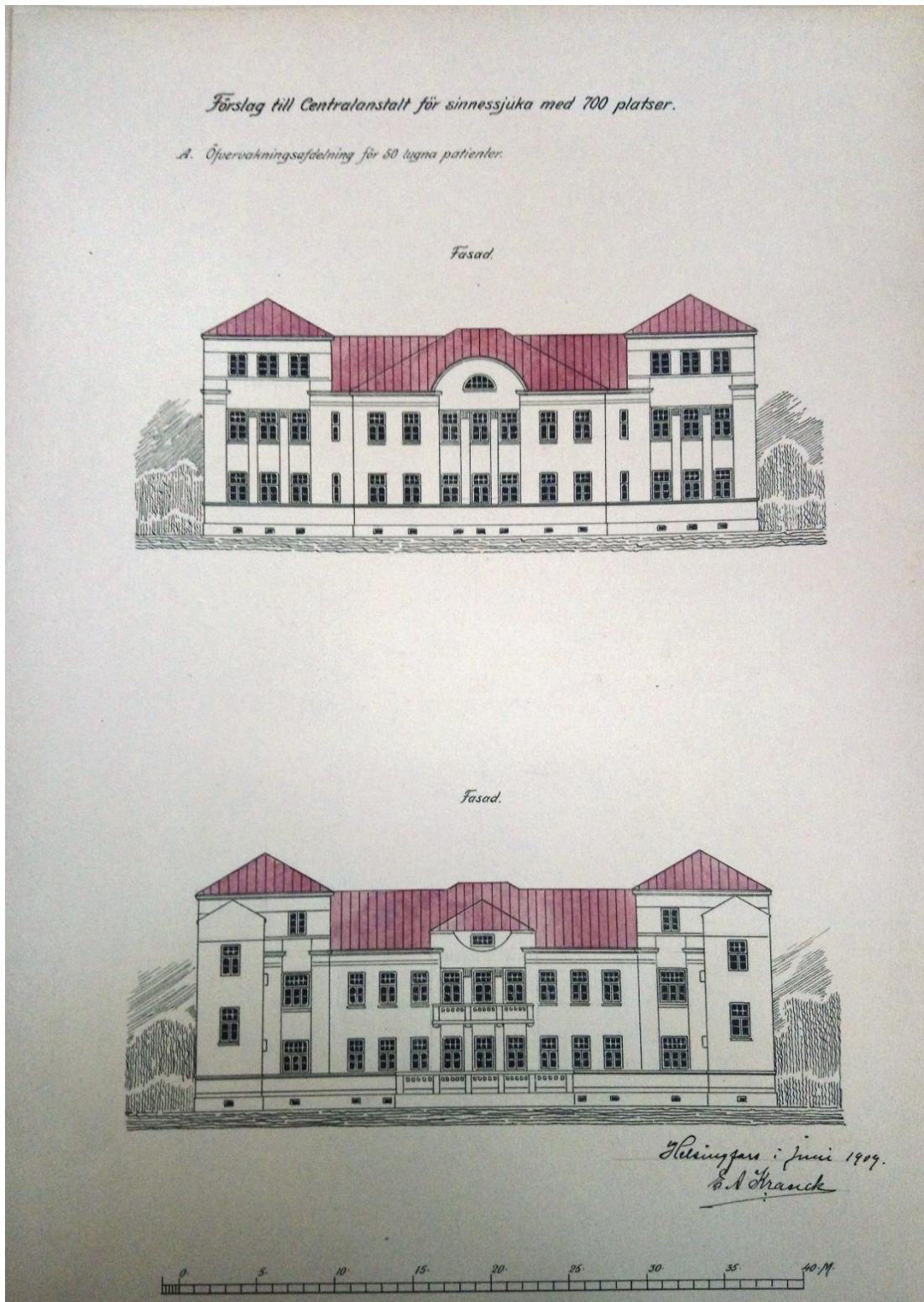
asuinrakennus sekä tarpeellisia talous- ja ulkorakennuksia. (Sarvilinna 1938, 569–570). Helsingin kaupunginvaltuuston päätöstä saattoi helpottaa sekin, että valtio oli ottanut vastatakseen kolmasosasta kunnallisten mielisairaaloiden palkkakustannuksista (Parpola 2013, 44–47). Nikkilän mielisairaalan rakentaminen ajoittui varsinaisesti vuosille 1913–1915 (Tuovinen 2009, 23–26).

Vuoden 1908 komiteamietintö sisälsi arkkitehti E. A. Kranckin laatimat mallipiirustukset eri kokoisista ja erityyppisille potilaille soveltuvista paviljonkirakennuksista. Aloite mallipiirustusten laatimisesta oli lähtenyt vaivaishoidon piiristä. Vuonna 1896 senaatille esitettiin, että Lääkintöhallituksen ja Yleisten rakennusten ylihallituksen avustuksella laadittaisiin mielisairaaloiden mallipiirustuksia, joita sitten valtion kustantamana monistettaisiin ja maksuttomasti jaettaisiin kunnille. Vaivaishoidon puolella mielisairaaloiden perustamista pidettiin toivottavana, koska vaivaishoidon ja mielisairaanhoidon yhdistämistä samaan rakennukseen ei pidetty toimivana ratkaisuna. (KM 1908). mallipiirustusten toivottiin yhdenmukaistavan suunnitteilla olevien kunnallisten ja kuntayhtymien omistamien mielisairaaloiden pohjapiirustuksia. Samalla vapaasti saatavilla olevien mallipiirustusten uskottiin nopeuttavan mielisairaaloiden suunnittelua, Kranck hyödynsi etenkin mielisairaaloiden potilaspaviljonkien pohjapiirustusten osalta itsekin suunnittelemiaan mallipiirustuksia myöhemmissä suunnitteluprojekteissaan. Tulkintani mukaan autonomian ajan Suomessa mallipiirustusten suunnittelu voidaan kytkeä ainakin osittain myös Venäjän valtion rakennushallinnon vakiintuneisiin käytäntöihin. Venäjällä oli tehty 1700-luvun alusta 1800-luvun alkupuolelle asti tyyppipiirustuksia sekä kaupunki- että maaseuturakennuksia varten. Tyyppipiirustusten tavoitteena oli tuolloin säästää suunnittelukustannuksissa ja samalla varmistaa kaupunkikuvan yhtenäisyys. 1840-luvun jälkeen tyyppipiirustusten merkitys kaupunkisuunnittelussa väheni, mutta niitä laadittiin edelleen esimerkiksi vankiloita, kouluja, sairaaloita ja kasarmeja varten. (Haila 1993, 82). Suomessa varhaisimmat terveydenhuollon alan mallipiirustukset oli laatinut piirilääkäri Konrad Relander. Nämä mallipiirustukset julkaistiinkin otsikolla ”sairastuvista maalle” *Duodecim*-lehdessä vuonna 1887. (Henttonen 2009, 187). Laajamittaisemmin rakennustoiminnan rationalisointi ja mallipiirustukset liitetään sitten maailmansotien väliseen aikaan ja toisen maailmansodan jälkeiseen jälleenrakentamiseen. Esimerkiksi Suomen Arkkitehtiliiton ja Suomen Rakennusmestariiliiton perustama standardisoimiskomitea julkaisi vuonna 1921 ikkunoita ja ovia koskevat tyyppimallistot. 1920-luvulla julkaistiin myös Suomen Kaupunkiliiton Asuntoneuvoston toimesta pientalojen mallipiirustuksia. (Nikula 1990, 90).

Kuva 1. Esimerkki E. A. Kranckin mallipiirustuksista. Potilaspaviljongin pohjapiirustus 700 potilaan mielisairaalaan varten. (KM 1908).



Kuva 2. Esimerkki E. A. Kranckin mallipiirustuksista. 44 potilaalle suunnitellun potilaspaviljongin julkisivupiirustus. (KM 1908).



Kuva 3. Esimerkki E. A. Kranckin mallipiirustuksista. 50 potilaalle suunnitellun potilaspaviljongin julkisivupiirustus. (KM 1908).

Ennen Nikkilän mielisairaalan suunnittelua arkkitehti E. A. Kranck ja Kivelän sairaalan ylilääkäri, professori E. Ehrnrooth matkustivat Ruotsiin, Norjaan, Tanskaan ja Saksaan tutustumaan eurooppalaiseen mielisairaalarakentamiseen. Erityisen onnistuneena Ehrnrooth ja Kranck pitivät

vuonna 1908 valmistunutta Kristianian kunnallista laitosta Norjassa. Tämä mielisairaala sijaitsi Dikemarkissa noin tunnin matkan päässä Kristianiasta. Kranckin ja Ehrnroothin matkakertomuksen mukaan sairaala sijaitsi luonnonkauniilla paikalla järven läheisyydessä. Lähellä sairaalaa sijaitsi myös maatila, jonka yhteyteen oli suunniteltu siirtolaosaston perustamista. Berliinin Buch-alueella he tutustuivat arkkitehti Ludwig Hoffmannin suunnittelemaan, paviljonkijärjestelmän mukaan rakennettuun sairaalaan. (KM 24: 1909).



Kuva 4. Kuva Ludwig Hoffmannin suunnittelemalta sairaala-alueelta. Buch/Berliini. Hallintorakennuksen julkisivu. *Wasmuths Monatshefte für Baukunst*. Jahrgang VI, Heft 11/12 1921.



Kuva 5. Kuva Ludwig Hoffmannin suunnittelemalta sairaala-alueelta. Buch/Berliini. Sairaalarakennuksen julkisivu. *Wasmuths Monatshefte für Baukunst*. Jahrgang VI, Heft 11/12 1921.



Kuva 6. Kuva Ludwig Hoffmannin suunnittelemalta sairaala-alueelta. Buch/Berliini. Lähikuva kuvan 5 sairaalarakennuksesta. *Wasmuths Monatshefte für Baukunst*. Jahrgang VI, Heft 11/12 1921.

Yleisten rakennusten ylihallitus vastasi valtion sairaalasuunnittelusta vuoteen 1931 saakka. Tämän jälkeen valtion sairaaloiden suunnitteluvastuu siirtyi vastaperustetulle Lääkintöhallituksen rakennustoimistolle. (Henttonen 2009, 141). Arkkitehti Gunnar Taucher vastasi kuitenkin Helsingin kaupunginarkkitehtina Nikkilän mielisairaalan täydennysrakentamisesta, koska kyseessä oli tuolloin Helsingin kaupungin rakennushanke. Taucher toimi Helsingin kaupunginarkkitehtina vuosina 1924–1941, ja Nikkilän täydennysrakentaminen ajoittui vuosille 1926–1940.

2.2 NIKKILÄN SAIRAALA-ALUE. ASEMAPIIRROS JA TÄYDENNYSRAKENTAMINEN

Nikkilän mielisairaala suunniteltiin alun perin 300 potilaalle, mutta jo suunnitteluvaiheessa varauduttiin laitoksen myöhempään laajentamiseen 900-paikkaiseksi. Mielisairaala laajennettiin vuosina 1924–1940, jolloin alueelle rakennettiin Gunnar Taucherin piirtämät uudet potilaspaviljongit (rakennukset IX, X ja XI) ja näiden lisäksi juhlasalirakennus, asuntoja hoitajille ja uusi pesularakennus. Vielä 1960-luvullakin sairaala-alueen reunamille rakennettiin lähinnä henkilökunnan asunnoiksi tarkoitettuja rakennuksia. Eri aikoihin ajoittuneiden laajennustöiden seurauksena Nikkilän sairaala-alueen rakennuskantaan onkin muodostunut useita ajallisia kerrostumia. Suurimmillaan sairaalan potilasmäärä oli 1940–1960-luvuilla, jolloin Nikkilän mielisairaalassa oli hoidossa enimmillään lähes 1200 potilasta. (Tuovinen 2009, 16, 326–327, 330–331).

E. A. Kranckin piirtämät, kaarevan poikittaisakselin varrelle sijoitetut potilaspaviljongit muodostavat Nikkilän sairaala-alueen sydämen. Vuonna 1909 laaditussa asemapiirustuksessa alueen länsipäähän on erillisen piha-alueen ympärille suunniteltu kolme naisille tarkoitettua potilaspaviljonkia ja itäpäähän oman erillisen piha-alueen ympärille kolme potilaspaviljonkia miehille. Sairaalan portilta alkava, hallintorakennukselle johtava puiden reunustama kuja muodostaa osan pohjoiseteläsuuntaisesta keskiakselista, jonka suhteen sairaala-alue on rakennustensa osalta symmetrinen. Potilaspaviljongit I ja V ovat samanlaisia, potilaspaviljongit II ja VI ovat samanlaisia, potilaspaviljongit III ja VII ovat samanlaisia ja potilaspaviljongit IV ja VIII ovat samanlaisia. Potilaspaviljongit IV ja VIII suunniteltiin avoimiksi huviloiksi työtätekeville potilaille, toinen rakennus naisille ja toinen rakennus miehille. Myöhemmin näihin kahteen rakennukseen tuli terapiatoimintoja. Sairaalan portilla oli 1900-luvun alussa pieni portinvartijan asunto, mutta tämä rakennus purettiin myöhemmin. Sairaala-alueen keskellä sijaitsee hallintorakennus ja tätä vastapäätä keittiö ja pesulaitos. Keittiörakennuksen ympärille ja taakse sijoittuvat puutarhurin asunto ja talousrakennukset: versta, konehuone, pesula, leipomo, talli,



Kuva 7. Niskilän sairaala-alueen alkuperäinen asemapiirros vuodelta 1909 / E. A. Kranck. Helsingin kaupunginarkisto.

sikaläävä ja kasvihuoneet. Aivan tontin reunalle sijoittuu ylilääkärin puusta rakennettu asuinrakennus.

E. A. Kranckin suunnitteleman, paviljonkijärjestelmän mukaisen sairaalan rakentaminen ajoittui vuosille 1912–1915. Potilaspaviljongit rakennettiin tiilestä 1–3-kerroksisiksi ja rapattiin sitten vaalean harmaiksi tai kellertäviksi. Levottomille potilaille suunnitellut paviljongit II ja VI ovat yksikerroksisia, koska levottomien potilaiden kanssa portaissa kulkeminen monta kertaa päivässä olisi ollut liian haasteellista (Schjerfbeck 1893, 198). Muut potilaspaviljongit ovat sitten 2–3-kerroksisia. Kaikkiin rakennuksiin suunniteltiin tulenkestävät palkistot, vedenpitävät lattiat ja keskuslämmitys (Tuovinen 2009, 18). Kaikki sairaalarakennukset, keittiörakennus, leipomorakennus ja työpaja lämmitettiin höyryllä, joka johdettiin konehuoneesta maanalaisissa betonitunneleissa eri rakennuksiin. Sairaalassa oli myös alusta alkaen sähkövalo. (KM 24:1909). Potilaspaviljonkien arkkitehtonisia yksityiskohtia varioidaan, mutta kaikki rakennukset muodostavat kuitenkin yhtenäisen kokonaisuuden. Ainoastaan hallintorakennus kellotorneineen erottuu jonkin verran muista rakennuksista. E. A. Kranck itse kertoo hallintorakennuksen julkisivun suunnittelusta näin:

Halusin suunnitella hallintorakennuksen fasadin ehdoin tahdoin hiukan eriäväksi muiden rakennusten fasaadeista, jotta se paikalla pistäisi jokaisen tulijan silmään, joka täältä haluaa saada tarpeellisia tietoja. (KM 24: 1909).

Paviljonkisairaala on useiden rakennusten muodostama toiminnallinen kokonaisuus. Rakennusten arkkitehtoninen yhtenäisyys on tätä taustaa vasten ymmärrettävää. Vuosisadanvaihteessa tasapainoisia katunäkymiä ja tietyn paikan tai esimerkiksi kaupunginosan arkkitehtonista kokonaiskuvaa arvostettiin kuitenkin enenevässä määrin muutenkin eikä enää haluttu keksittyä yksinomaan yksittäisten rakennusten julkisivuihin. (Wäre 2000, 17). Esimerkiksi Gustaf Strengell kirjoittaa, että alueen yhtenäisyys ja yhdenmukaisuus on saavutettavissa, jos yksittäinen julkisivu lakkaa olemasta rakennuksen ”yksilöllisinä kasvoina” ja alistuu kokonaisuuden vaatimuksiin sulautuen vaatimattomasti tähän kokonaisuuteen. (Strengell 1926, 115–116).



Kuva 8. Nikkilän asemapiirros täydennysrakentamisen jälkeen. (Tuovinen 2009, 324).

NIKKILÄN SAIRAALAN RAKENNUSTEN NIMET JA NUMEROINTI KAUTTA AIKOJEN			
Alkuperäisiä nimiä		Myöhempiä nimiä	
Suljettu osasto 68 epäluotettavalle työhön kykenemättömälle miespotilaalle	I	1	Potilasrakennus
Valvontaosasto 22 levottomalle ja epäsiistille miespotilaalle	II	2	Potilasrakennus
Suljettu ja puoliavoin osasto 40 työtätekevälle miespotilaalle	III	3	Potilasrakennus
Huvila 20 työtätekevälle miespotilaalle	IV	4	Liikunta- ja terapiarakennus
Suljettu osasto 68 epäluotettavalle työhön kykenemättömälle naispotilaalle	V	5	Potilasrakennus
Valvontaosasto 22 levottomalle ja epäsiistille naispotilaalle	VI	6	Potilasrakennus
Suljettu ja puolisoljettu osasto 40 työtätekevälle naispotilaalle	VII	7	Potilasrakennus
Huvila 20 työtätekevälle naispotilaalle	VIII	8	Toimintaterapiarakennus
Sairaspaviljonki naisille	IX	9	Potilasrakennus
Sairaspaviljonki miehille	X	10	Potilasrakennus
Sairaspaviljonki naisille	XI	11	Potilasrakennus
Leipomo ja kylpyrakennus (sauna)	XII	12	Talousrakennus (savipaja)
Jäakellari	XIII	13	(purettu)
Konehuone	XIV	14	Lämpökeskus
Verstas- ja asuinrakennus	XV	15	Asuinrakennus
Puutarhurin asuinrakennus	XVI	16	Toimisto- ja talousrakennus
Kasvihuone	XVII	17	Kasvihuone
Talli ja ajokaluvaaja	XVIII	18	Varastorakennus
Sikaläävä	XIX	19	Traktoritali
Heinä- ja olkilato	XX	20	Varastorakennus
Halkovaja	XXI	21	(purettu)
Palokalat ja hyljätyt tavarat	XXII	22	Varasto
Portinvartijan asunto	XXIII	23	(purettu)
Ylilääkärin talo	XXIV	24	Päiväkoti
Pumppuhuone (jokirannassa, ei näy kuvassa)	XXV	25	Vesitorni
Vedenpuhdistamo	XXVI	26	Vedenpuhdistuslaitos
Puimalato	XXVII	27	(purettu)
Riihi, viljankuivaamo/lato	XXVIII	28	Viljankuivaamo
Juhlasalirakennus	XXIX	29	Juhlasalirakennus
Ruumis- ja ruumiinavaushuone (purettu)	XXX	30	Juurikaskellari
Uusi hallintorakennus	XXXI	31	Hallinto- ja hoitorakennus
Sairaanhoidajattarien asuinrakennus "Kanala"	XXXII	32	Potilasrakennus (kuntotalo)
Alkuperäinen hallintorakennus, kellotapulitalo	XXXIII	33	Kirjasto-, museo- ja kanttiinirakennus
Keittiö ja pesulaitos	XXXIV	34	Keittiö
Pesula	XXXV	35	Keskusvarasto
Kellari	XXXVI	36	Maakellari
Jätevedenpuhdistuslaitos	XXXIX	39	(purettu)
Halkovaja		41	(purettu)
Pukusuoja		42	Pukusuoja
Asuinrakennus Kiina		43	Asuinrakennus
Asuinrakennus Kiina		44	Asuinrakennus
Asuinrakennus Änäs (maatila)		45	(purettu)
Navetta ja talli (maatila)		46	(purettu)
Sauna (maatila)		47	(purettu)
Kerrostalo Rux		48	Asuinrakennus Rux
Rivitalo Rux		49	Rivitalo Rux
Uusi sauna		50	Sauna
Uusi sikala		51	Verstas- ja työterapiarakennus
Asuinrakennus Kutuharju A		52	Asuinrakennus
Asuinrakennus Kutuharju B		53	Asuinrakennus
Ajoneuvosuoja		54	Autotallit
Öljysäiliöt		57	(purettu)

Kuva 9. Nikkilän sairaala-alueen rakennusten nimet ja numerointi (viittaa kuvan 8 asemapiirustukseen). Alkuperäinen numerointi on merkitty roomalaisin numeroin. (Tuovinen 2009, 327).

Vuonna 1926 Nikkilän sairaalassa otettiin käyttöön Helsingin kaupunginarkkitehti Gunnar Taucherin (toimi Helsingin kaupunginarkkitehtina vuosina 1924–1941) suunnittelema uusi nelikerroksinen, noin 150-paikkainen potilaspaviljonki naisille (paviljonki IX). Vuonna 1931 valmistui puolestaan Taucherin suunnittelema samankokoinen, noin 150-paikkainen potilaspaviljonki miehille (paviljonki X). Näiden rakennusten sijainnit on hahmoteltu jo Kranckin asemapiirroksessa sairaala-alueen kaarevan poikittaisakselin kumpaankin päähän. 1930-luvulla

Taucher suunnitteli Nikkilän sairaala-alueelle vielä sairaspaviljongin (paviljonki XI, valmistui vuonna 1938), juhlatalon (valmistui vuonna 1940), hoitajattarien asuntolan (valmistui vuonna 1935) ja talousrakennusten laajennuksia. (Tuovinen 2009, 51–56). Taucher oli kuitenkin jo 1920-luvulla sitä mieltä, että paviljonkijärjestelmän käyttö sairaalarakentamisessa oli käynyt vanhanaikaiseksi. Nikkilän laajentamista käsiteltiin useassa eri komiteassa ja Taucher vastusti sitä johdonmukaisesti sekä sairaalateknisistä että muista syistä. Hänen mielestään kokonaan uuden sairaalan rakentaminen olisi ollut perustellumpi ratkaisu (Nikula 1976, 65). Sairaalarakentamisen paradigman käynnissä ollut asteittainen muutos näkyy siinäkin, että Taucherin Nikkilän sairaala-alueelle suunnittelemaat rakennukset asettuvat rakennusmassaltaan jo paviljonkijärjestelmän mukaisten rakennusten ja blokkisairaaloiden välimaastoon. Tyypilliset paviljonkijärjestelmän sairaalarakennukset ovat lisäksi korkeintaan kolmikerroksisia. Täydennysrakentamisen jälkeen Nikkilän mielisairaala muodostuikin vanhan paviljonkisairaalan ja uusien, jo blokkisairaaloita muistuttavien rakennusten yhdistelmä.

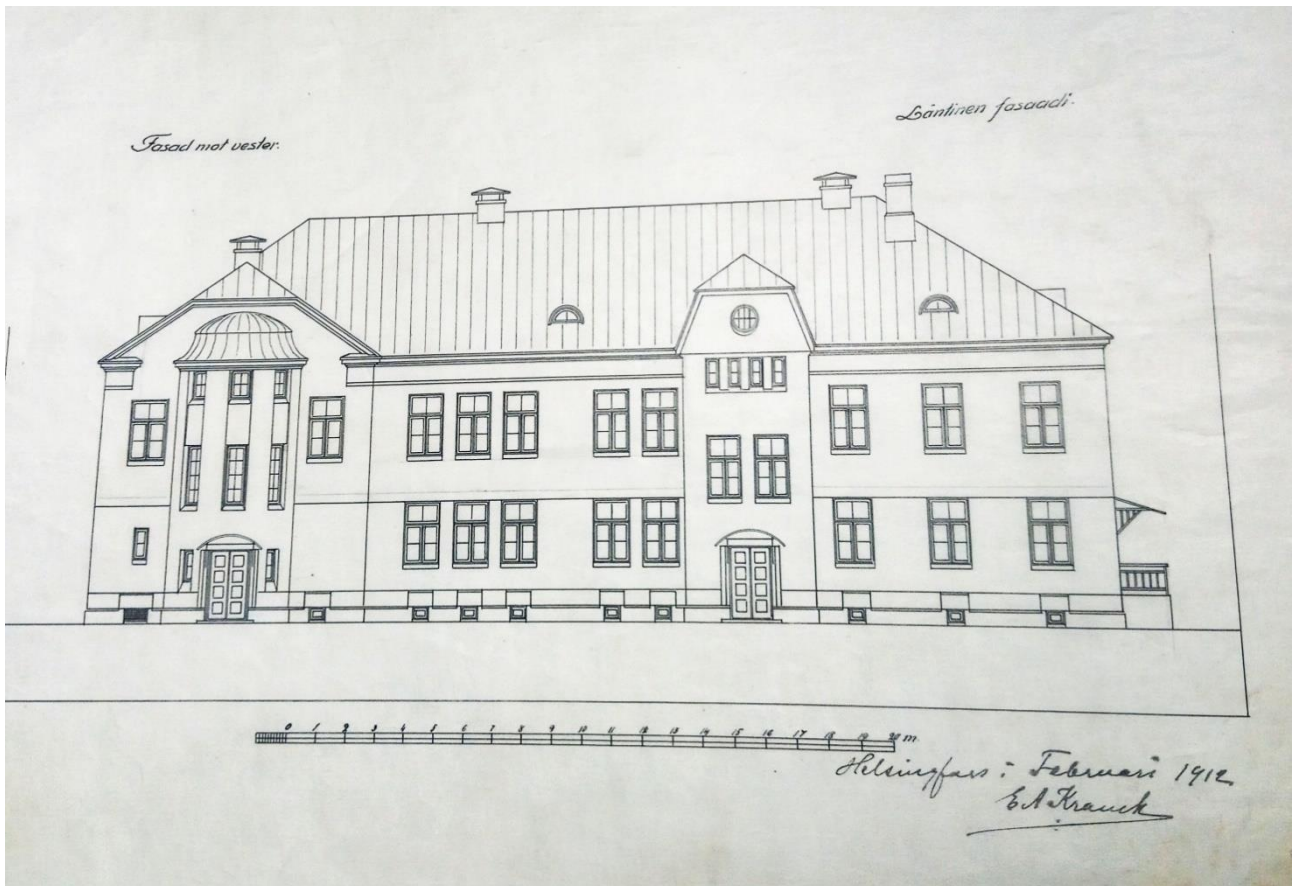
Nikkilän mielisairaala-alueelle vuosien saatossa rakennetut uudet rakennukset sijoitettiin reunustamaan E. A. Kranckin suunnittelemaa potilaspaviljonkeja. Näin välttyttiin alueen arkkitehtonisen ilmeen pirstaloitumiselta. Täydennysrakentaminen kykeni kuitenkin poistamaan vanhaan ympäristöön kohdistuneet muutospaineet. Alkuperäisiä rakennuksia ei tarvinnut purkaa, laajentaa tai korottaa lisäkerroksin, vaikka mielisairaalaan tarvittiin kipeästi lisää potilaspaikkoja. Uusien rakennusten järkevän sijainnin mahdollisti sairaalan tontin riittävän suuri koko. Vaikka uudet rakennukset poikkeavat mittakaavaltaan ja tyyliltään alueella aiemmin olleista, ne pystyttiin sijoittamaan väljästi ja puiston ympäröiminä omalle vyöhykkeelleen. Sellainen ympäristö, jossa on rinnakkain eri-ikäisiä rakennuksia, voi parhaimmillaan olla lisäksi arkkitehtonisesti mielenkiintoinen. Täydennysrakentamista pohtineen Olli-Paavo Koposen mielestä esimerkiksi modernistisen arkkitehtuurin saa taitavalla suunnittelulla sopeutumaan erilaisiin ympäristöihin, joissa eri-ikäiset rakennukset voivat sitten käydä keskenään hyvinkin tasavertaista dialogia (Koponen 2006, 216). Nikkilän täydennysrakentamista voidaan pitää onnistuneena. Täydennysrakentamisessa kunnioitettiin alueen alkuperäistä historiaa ja rakennusten sijoittelussa noudatettiin monin osin alueen alkuperäistä asemapiirrosta. Koposen mukaan modernismin ytimeen kuulunutta purkamisen ja uudelleenrakentamisen ajatusmallia voidaan perustellusti muutenkin useissa tapauksissa kyseenalaistaa. Monissa tilanteissa vanha rakennuskanta voi sopeutua uusiin tilanteisiin vähittäisten ja jatkuvien pienten muutosten avulla. Vanhan purkamista ja uuden rakentamista tarvitaan jatkossakin, mutta ei enää oletusarvoisesti, vaan vasta sitten, kun rakennuksen sovittaminen uuteen käyttöön tai muut vaihtoehtoiset ratkaisumallit ovat osoittautuneet

mahdottomiksi. Tässä ajatusmallissa ympäristöä lähestytään positiivisesti pyrkien vanhan säilyttämiseen aina kun siihen on löydettävissä perusteita. (Koponen 2013, 13–14).

2.3 ARKKITEHTUURISTA

2.3.1 E. A. KRANCKIN SUUNNITTELEMIEN RAKENNUSTEN ARKKITEHTUURISTA

E. A. Kranckin Nikkilän sairaala-alueelle suunnittelemat rakennukset edustavat tyyliään myöhäisjugendia. Tyylin käsite tunnustetaan epämääräiseksi ja epätarkaksi. Rakennuksen tai taideteoksen katsotaan kuitenkin yleensä edustavan tiettyä tyyliä, jos siitä on löydettävissä tähän tyyliin yhdistettyjä ulkoisia piirteitä niin paljon, että nämä piirteet määrittävät rakennuksen tai taideteoksen synnyttämää kokonaisvaikutelmaa. Tyylin voidaan siis ajatella olevan tietty sosiaalisesti ja historiallisesti määrittynyt visuaalinen kehys, jota arkkitehti hyödyntää suunnitellessaan rakennusta. (Kallio 1998, 59). Jugend-tyyliin yhdistettyjä ulkoisia piirteitä ovat esimerkiksi rakennusten epäsymmetriset julkisivut, pohjapiirustusten vaihtelevat geometriset muodot, tornit ja erkkerit, erikokoisten ja erimuotoisten ikkunoiden käyttö, sileät fasadit ilman listoituksia, rakennusten graniittisokkelit sekä runsas kasvi- tai eläinaiheisen ornamentiikan käyttö koristeaiheissa. Vuosisadan vaihteeseen tultaessa jugend-arkkitehtuuri oli kuitenkin muuttunut selvästi pelkistetyimmäksi. Aiemmin runsaasti käytetyt julkisivujen koristeaiheet olivat hävinneet kokonaan tai korvautuneet korkeintaan hyvin maltillisilla geometrisilla koristeratkaisuilla. Rakennusten tulevan käytön edellyttämät rakenneratkaisut ohjasivat erkkerien ja tornien suunnitteluakin, eikä näitä enää piirretty rakennuksiin pelkästään esteettisistä syistä. Nikkilän sairaalarakennukset ovatkin yleisilmeeltään visuaalisesti rauhallisia ja selkeitä. Potilaspaviljongit, hallintorakennus ja keittiörakennus on muurattu tiilistä ja tämän jälkeen rapattu ja maalattu vaaleiksi. 1900-luvun alussa kotimainen tiiliteollisuus ei vielä pystynyt tuottamaan tarpeeksi tasalaatuisia tiiliä, ja parempilaatuisten tiilien tuonti ulkomailta olisi tullut kohtuuttoman kalliiksi. Tämän takia 1900-luvun alussa tiiliseinien rappaus oli hyvin yleistä. (Standertskjöld 2006, 30). Paviljonkijärjestelmän mukaisen mielisairaalan suunnittelussa haluttiin todennäköisesti myös välttää kasarmi- tai vankilarakennusten vaikutelmaa, jonka rakennusten julkisivujen rappaamaton tiilipinta olisi saattanut herättää. Lisäksi sairaalarakennusten vaalea ja sileä rappauspinta koettiin hygieeniseksi. Myöhäisjugendin yksinkertaistuminen selittynee osittain myös taloudellisilla tekijöillä. Erityisesti ensimmäinen maailmansota johti rakennusmateriaalien ja teknisten laitteiden toimitusvaikeuksiin ja nosti rakennuskustannuksia. Sota viivästyttikin monia tuolloin kesken olleita rakennushankkeita, kuten Helsingin rautatieaseman, Kansallismuseon ja myös Nikkilän sairaalan rakennustöitä. (Standertskjöld 2006, 60; Tuovinen 2009, 23).



Kuva 10. Mallipiirustus E. A. Kranck 1912. Potilaspaviljonki VII. Läntinen julkisivu. Helsingin kaupunginarkisto.

Nikkilän sairaala-alueen rakennuksissa on graniittilohkareista muuratut sokkelit ja vaaleiksi rapatut tiiliseinät. Koristehaiheilta näyttävät pyöreät tornimuodot ovat sekä esteettisiä että käytännöllisiä rakenteellisia ratkaisuja. Niihin on sijoitettu rakennuksen porrashuoneet. Korkeat, suorakaiteenmuotoiset ja tasaruutuiset ikkunat ovat useissa rakennuksissa kerroslistan erottamissa suorissa ikkunariveissä. Rakennuksien julkisivuissa on kuitenkin myös jugend-arkkitehtuurille tyypillistä epäsymmetrisyyttä. Rakennuksissa on auma- ja taitekatot ja usein myös ullakkoikkunat. E. A. Kranck on käyttänyt tyypillisiä jugend-ikkunoiden ruutujaottelua ainoastaan potilaspaviljongeissa IV ja VIII. Näissä jugend-ikkunoissa on pieniruutuinen, valoa suodattava yläosa ja yhtenäinen alaosa, joka mahdollistaa näkymien katselun ilman häiritseviä välikarmeja.

Myöhäisjugendin hillitty selkeys sopi hyvin vuosisadanvaihteen yleiseen arkkitehtuuri-ihanteeseen. Kansainvälinen rationalismi kiinnosti arkkitehteja myös Suomessa ja etenkin arkkitehdit Gustaf Strengell ja Sigurd Frosterus kirjoittivat aiheesta suomalaisiin lehtiin. Kansainvälinen rationalismi ja Saksan Neue-Sachlichkeit-suuntaus heijastuivat sinällään 1900-luvun alun suomalaiseen arkkitehtuuriin ja vaikuttivat myös 1900-luvun alun klassismin syntyyn.

Arkkitehtipiireissä käyty keskustelu uusista esteettisistä ideaaleista ei kuitenkaan voinut olla vaikuttamatta myös romanttisempaa jugend-tyyliä hyödyntäviin arkkitehteihin, ja se selittäneekin osaltaan myös myöhäisjugendin yksinkertaistumista. (Salokorpi 1971, 9). Hollantilainen arkkitehti Hendrik Petrus Berlage (1856–1934) oli yksi niistä eurooppalaisista arkkitehtuuriteoreetikoista, jotka olivat vaikuttamassa kansainvälisen rationalismin syntyyn. Berlage kirjoitti arkkitehtuuria ja impressionismia käsitelleessä artikkelissaan vuonna 1894, että kustannuspaineet voivat kannustaa arkkitehteja hakemaan uusia ratkaisuja ja auttavat heitä samalla vapautumaan aiemmista, totutuista ratkaisumalleista. Berlage kysyikin artikkelissaan, pitäisikö arkkitehtien todella vaipua epätoivoon asiakkaiden jatkuvasti tinkiessä rakentamisen kuluista. Berlagen mielestä tämä ei ole tarpeen. Taloudelliset reunaehdot voivat päinvastoin antaa arkkitehdeille rohkeutta etsiä rakennuksiin yksinkertaisempia muotoja ja karsimaan julkisivuista koristeaiheita. Kauneus ei välttämättä riipu rahasta, ja rakennuskustannusten karsiminen edistää samalla väistämättä sosiaalisesti tasa-arvoisempaa suunnittelua. Kaupungistuminen olikin lisännyt monessa maassa merkittävästi kohtuuhintaisten asuntojen tarvetta. Berlage kirjoittaa, että arkkitehdin tärkein tehtävä on suunnitella ihmisille koteja ja asuinhuoneita eikä keskittyä julkisivujen piirtämiseen. Hänen mielestään eklektinen arkkitehtuuri tuntui muutenkin jo loppuun ammennetulta. Berlage vertaa uutta hakevaa arkkitehtuuria maalaustaidetta uudistaneeseen impressionismiin. Maalaustaiteessa oli rohkeasti lähdetty etsimään uutta ilmaisua, mutta arkkitehtuuri oli vielä monelta osin kiinni vanhassa. Berlagen mielestä taiteessa ja arkkitehtuurissakin tulee oppia vanhoilta mestareilta, mutta samalla pyrkiä etsimään uusia variaatioita ja ilmaisukeinoja, (Berlage 1894/1996, 118–119).

Vuonna 1901 Gustaf Strengell puolestaan kirjoitti: ”Nykyisessä arkkitehtuurissa ja siihen liittyvissä koristetaiteissa korostuu selvästi yksi suuntaus, se on pyrkimys kohti yksinkertaisuutta ja rehellisyyttä ... Kaikki tämä on tulosta uudesta kauneusihanteesta, josta teoreettiset saksalaiset käyttävät ilmausta –Schönhet der Werkform–.” Tällä tarkoitetaan kauneutta, joka ei ole pinnalle lisättyä koristusta vaan liittyy rakenteelliseen muotoon. (Moorhouse 1987, 32 viitaten Gustaf Strengellin artikkeliin ”Nya Skönhetsvärden” vuodelta 1901). Vuosisadanvaihteessa rakennuksia alettiin suunnitella sisätilasta, pohjakaavasta käsin, jolloin käyttötarkoituksesta lähtevä muoto alkoi ohjata suunnittelua julkisivujen koristeaiheita enemmän. Jugend-arkkitehtuurissa rakennuksen muoto koettiin muutenkin esteettisesti niin merkitykselliseksi, että julkisivujen koristeaiheista voitiin hyvin myös luopua.

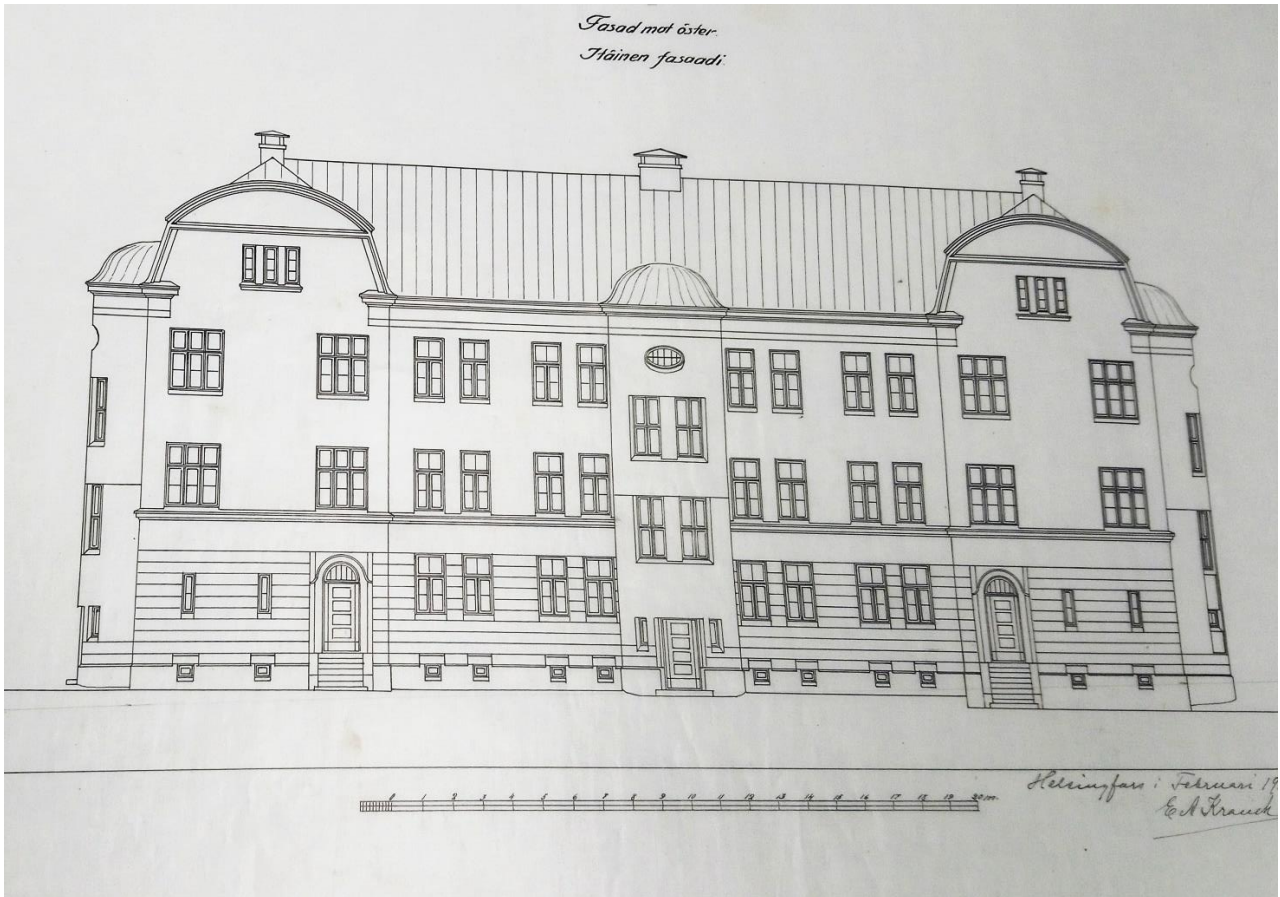


Kuva 11. Potilaspaviljonki VII. Itäinen julkisivu. Valokuva Tiainen, Jussi. (Vesikansa 2008, 79).

Myöhäisjugendin arkkitehtuurille on tyypillistä yksinkertaistumisen lisäksi viittaukset aiempiin arkkitehtuurityyleihin. Monien vuosisadanvaihteen arkkitehtien töissä näkyykin selkeitä klassisistia piirteitä tai kevyitä barokkivaikutteita. Joidenkin arkkitehtien töiden kohdalla voidaan puhua jopa jugendklassismista, koska heidän piirtämissään rakennuksissa kummankin näiden tyylien tunnusmerkkejä on lähes yhtä selvästi nähtävissä. (Nikula 1981, 24). 1800-luvun alkupuolella kertaustyylien aikana, arkkitehdit olivat suunnitelleet rakennuksia tietyille tyyliille uskollisina tai sitten yhdistelleet eklektisesti eri arkkitehtuurityylejä. Ensin mainitussa kyse on selkeämmin historismista eli arkkitehtuurin ja laajemminkin tietyn aiemman aikakauden historian tiedostamisesta. Vapaa eklektismi oli sitä vastoin arkkitehdeille lähinnä suunnittelumetodi, jossa hyödynnettiin vapaasti ja innovatiivisesti historiallisten arkkitehtuurityylien tyylipiirteitä omassa suunnittelutyössä. Toki eklektisesti yhdistellen käytetyillä tyylipiirteillä oli niilläkin omat konnotaationsa. Ylipäätään 1800-luvun alkupuolella julkisivun tyyliseikoilla oli ollut rakennusten suunnittelussa suuri merkitys. (Lukkarinen 1989, 10, 21–22). Vuosisadanvaihteen arkkitehtuurissa aiempien arkkitehtuurityylien viittauksia käytettiin varsin vapaasti ja arkkitehdit pyrkivät ennen muuta yksilölliseen ilmaisuun. Jugend-tyyli oli muutenkin syntynyt vapautta ja yksilöllisyyttä korostavana reformiliikkeenä yhteiskunnassa, jossa yksilön asema oli muutoksessa. (Forsell 2005, 112–126). Vaikka 1800-luvun historismi vuosisadanvaihteessa hylättiin eikä aiemmilla tyyliuunnilla ollut enää itseisarvoista merkitystä, kiinnostus oman maan kulttuuriperintöön kuitenkin säilyi. Oman maan aiempi rakennuskulttuuri ja myös sen anonyymit juuret koettiin arkkitehtipiireissä edelleen merkityksellisiksi ja inspiroiviksi, mikä saattoi näkyä tiettyjen tyyllisten piirteiden suosimisena joidenkin aikakauden arkkitehtien töissä. (Eriksson 1998, 29). Jugend-tyyli oli lähtökohtaisesti kansainvälinen ilmiö, mutta senkin sisällä osa arkkitehdeista saattoi etsiä töihinsä myös kansallisia painotuksia.

Vuosisadanvaihteessa julkisivujen tyyliseikat eivät enää aiemmassa määrin rajoittaneet rakennusten suunnittelua. Rakennusten tuleva käyttötarkoitus, materiaalien ja rakenteen mahdollisuudet, tulevan sijaintipaikan arkkitehtoninen kokonaiskuva ja rakennuksen tarkoituksenmukainen ja esteettinen muotokieli alkoivat olla arkkitehdeille merkityksellisempiä kuin julkisivun koristeaiheet. (Wäre 1989, 113). Esimerkiksi arkkitehti Otto Wagner käsitteli kertaustyylien historismia, eklektistä arkkitehtuurisuunnittelua ja arkkitehtuurin uusia tavoitteita virkaanastujaispuheessaan, jonka hän piti Wienin taideakatemiassa vuonna 1894 ottaessaan vastaan arkkitehtuurin professuurin. Wagnerin mukaan tyyliseikkojen noudattaminen oli liian usein ollut suunnittelussa etusijalla. Rakennuksen edustava julkisivu oli ollut myös se seikka, johon arkkitehdin arvostus oli hyvin pitkälti nojautunut. Arkkitehtuurin tuli kuitenkin muiden taiteiden

tapaan heijastaa omaa aikaansa. Wagnerin mukaan rakennuksen käyttötarkoituksen tuli olla aina suunnittelussa etusijalla ("Artis sole domina necessitas"). Suunnittelussa tuli ottaa huomioon myös rakennuksen ympäristö ja materiaalien sekä rakennusteknisen kehityksen avaamat uudet mahdollisuudet. (Mallgrave 2005, 88–89).

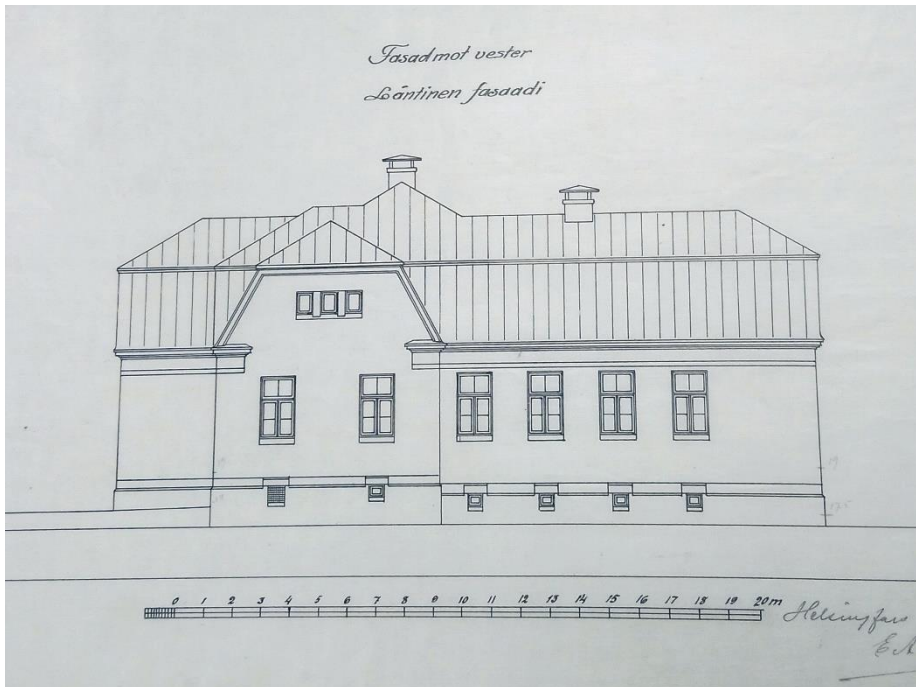


Kuva 12. Mallipiirustus E. A. Kranck 1912. Potilaspaviljonki V. Itäinen julkisivu. Helsingin kaupunginarkisto.

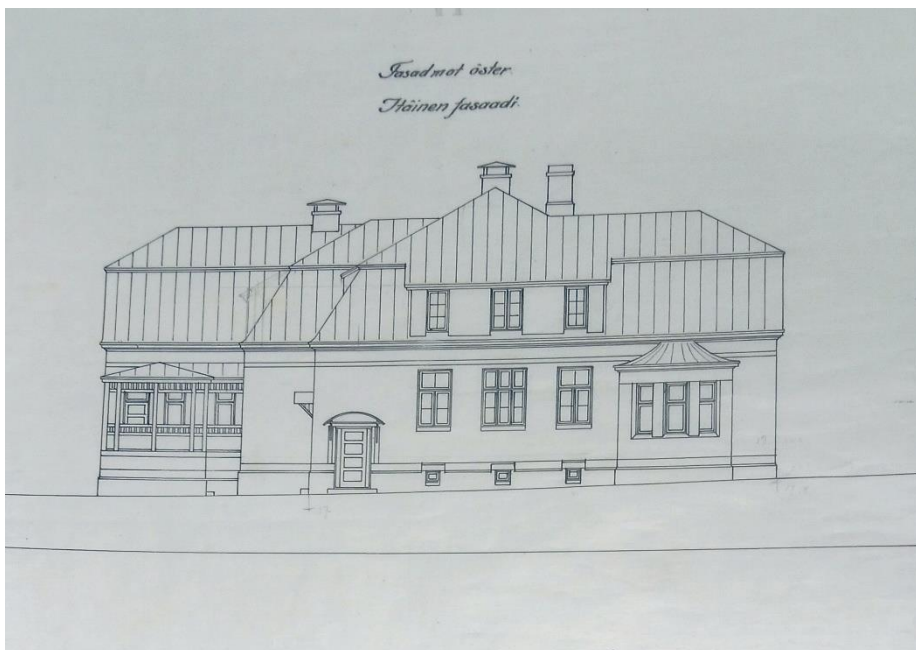
Nikkilän sairaala-alueen potilaspaviljongeissa I ja V on alueen rakennuksista eniten klassisistisia piirteitä. Käyn seuraavassa yksityiskohtaisemmin läpi näiden rakennusten julkisivuratkaisuja, joita toki varioiden esiintyy muissakin Nikkilän alueen potilaspaviljongeissa.

Potilaspaviljongit I ja V ovat H-mallin mukaisia. Pääjulkisivu eli kuvan itäinen fasadi noudattaa klassismin suosimaa symmetristä aksiaalisuutta. Rakennuksen ikkuna-akselit ja ovet sijaitsevat symmetrisesti keskiakselin kummallakin puolella. Klassismiin viittaa myös julkisivujen alaosassa käytetty viivarustika, rakennuksen suorat ikkunarivit, yhtenäinen kattolista ja julkisivua rajaava, ensimmäisen ja toisen kerroksen välinen selvän horisontaalisen linjan muodostava kerroslista. Rakennuksen kehyksettömät, tasaruutuiset ikkunat ovat julkisivun tasossa. Rakennuksessa on graniittisokkeli, joka muodostaa hammastuksen alustan tuuletusaukkojen kohdalla. Ikkunoiden

rytmitys kahden ikkunan sarjoihin tuo elävyyttä muuten suoriin ikkunariveihin. Sivusiivissä ja julkisivun keskellä on jugend-tyylin mukainen torni, jonka yläosassa on soikea ikkuna. Rakennuksen tornit päättyvät kattolistaan ja niillä on oma kattorakenteensa. Sivusiipien yläosaa koristaa tiilihammastus (toteutunut piirustuksesta poikkeavalla tavalla; piirustuksessa hammastuksen kohdalla on yhtenäinen lista). Sivusiivekkeiden ja julkisivun kattolistat jatkuvat lyhyenä koristenauhana rakennuksen sivusiipien päätyjen yläosaan. Rakennuksessa on peltinen taitekatto. Ovien päällä on valuraudasta taottu katos.

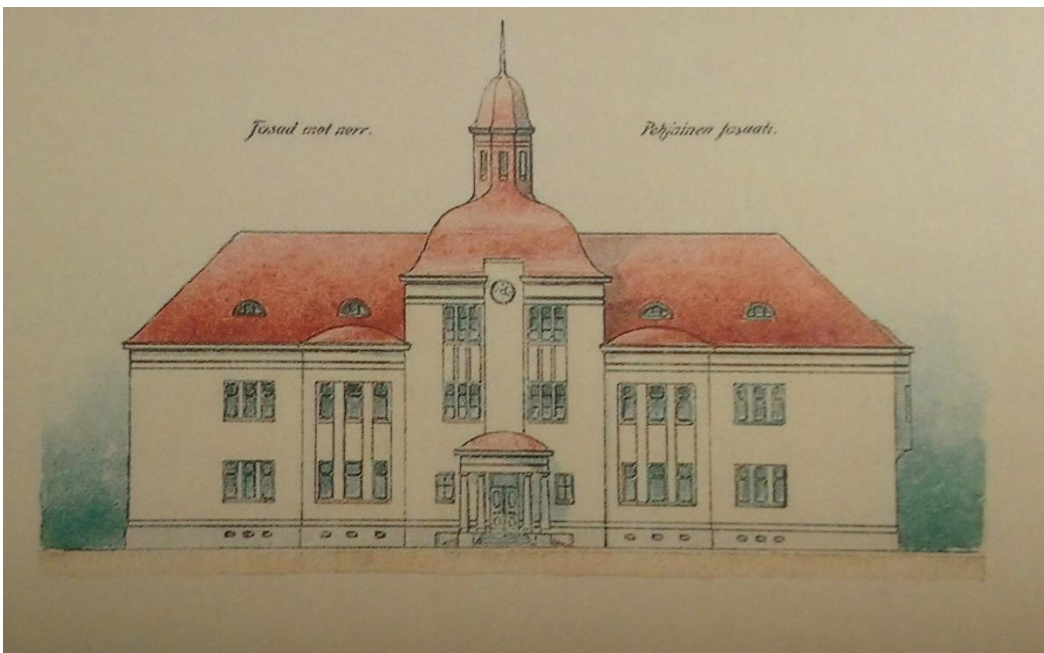


Kuva 13. Mallipiirustus E. A. Kranck 1912. Potilaspaviljonki VI. Läntinen julkisivu. Helsingin kaupunginarkisto.



Kuva 14. Mallipiirustus E. A. Kranck. 1912. Potilaspaviljonki VI. Itäinen julkisivu. Helsingin kaupunginarkisto.

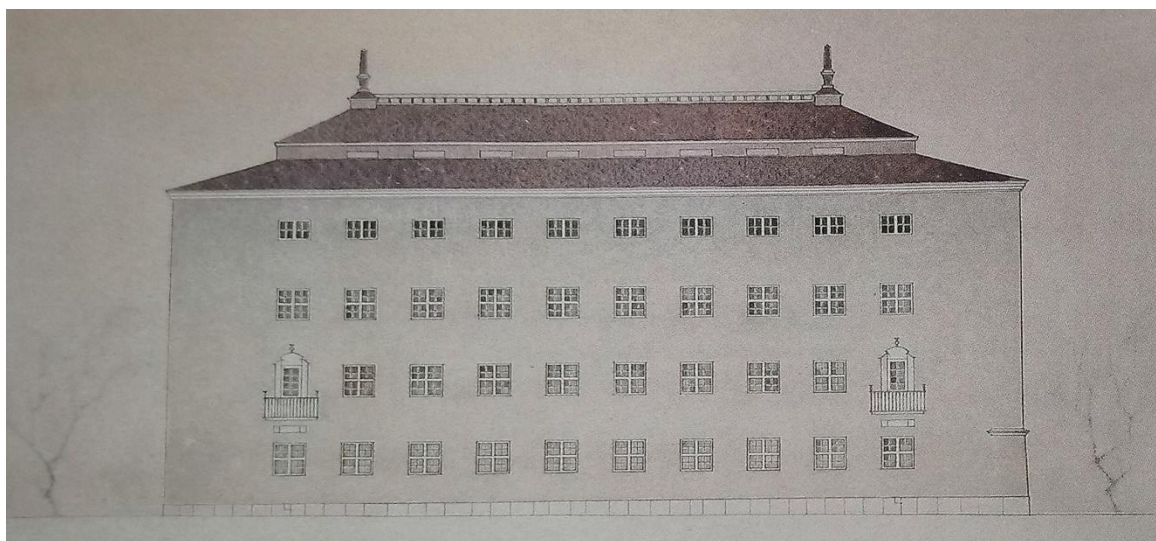
Kranckin suunnittelemissa rakennuksissa on taite-, satula- ja aumakattoja. Todennäköisesti tästä syystä sairaala-alueen rakennusten tyyliä on luonnehdittu myös pohjoismaiseksi barokiksi (Tuovinen 2009, 23). Rakennusten kattomuodot ovatkin pieni viite jugend-barokkiin, vaikka muita barokkiviitteitä rakennuksissa ei juurikaan ole. Suomalaiseen myöhäisjugendiin barokkivaikutteet tulivat yleensä Ruotsista, johon etenkin maamme ruotsinkielisillä arkkitehdeilla oli kiinteitä yhteyksiä. Lisäksi barokkivaikutteita saatiin Tanskan, Saksan ja muunkin Keski-Euroopan arkkitehtuurista, koska arkkitehdit matkustivat paljon ja lukivat kansainvälistä ammattikirjallisuutta. (Wäre 2000, 17; Standertskjöld 2006, 62–63). Vuosisadanvaihteen Ruotsissa arkkitehtuurin barokkivaikutteet olivat osa kansallista paradigmaa, koska barokkiarkkitehtuuriin sisältyy viittaus 1600-luvun Ruotsin suurvalta-aikaan. (Eriksson 1998, 21; Eriksson 200, 180; Mallgrave 2005, 92). Nikkilän sairaala-alueen rakennukset eivät kuitenkaan tavoittele sitä juhlavuutta, minkä rehevät barokkidetaljit antavat joihinkin vuosisadanvaihteessa suunniteltuihin julkisiin rakennuksiin. Nikkilän rakennusten kattomuodot tuntuvat viittaavan enemmänkin 1900-luvun alkupuolella isompiin kaupunkeihin rakennettuihin kivisiin asuinrakennuksiin tai 1700-luvun suomalaisiin kartanoihin ja sotilasvirkataloihin. 1700-luvulla ranskalaispainotteinen barokkiklassismi levisi J. E. Carlbergin, Carl Hårlemanin ja Carl Wijnbladın sotilasvirkatalopiirustusten mallikirjojen välityksellä Suomeenkin. (Koskinen 2012, 41, 49, 50). Mansardikatto oli ylipäätään muutenkin suosittu kattomuoto suomalaisessa pientaloarkkitehtuurissa 1910- ja 1920-luvuilla (Tomminen 1989, 83).



Kuva 15. Hallintorakennuksen alkuperäinen suunnitelma. 1909. (toteutui pienin muutoksin; toteutuneessa rakennuksessa kello sijaitsee tornissa. E.A. Kranck teki muutoksia myös keskiosan ikkunoiden sijoitteluun ja keskiosan kattoprofiiliin). Helsingin kaupunginarkisto.

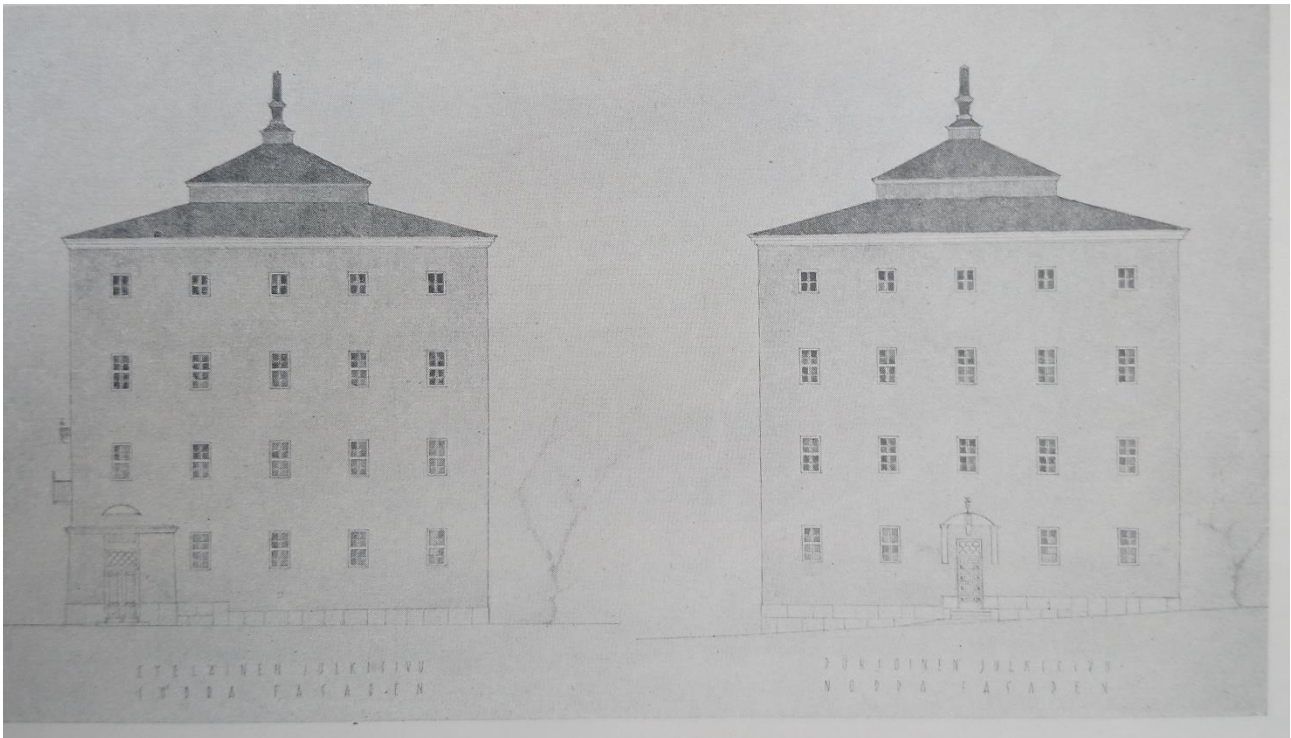
2.3.2 GUNNAR TAUCHERIN SUUNNITTELEMIEN RAKENNUSTEN ARKKITEHTUURISTA

Helsingin kaupunginarkkitehti Gunnar Taucherin suunnittelemat rakennukset muodostavat oman ajallisen ja tyyllisen kerrostumansa Nikkilän sairaala-alueelle. Taucherin piirtämissä potilaspaviljongeissa IX ja X sekä juhlasalirakennuksessa on nähtävissä 1920-luvun klassismin piirteitä. Riitta Nikulan mukaan suomalainen 1920-luvun klassismi oli hyvin moni-ilmeinen arkkitehtuurityyli, jonka suosiota selitti osittain nuoren itsenäisen valtion arkkitehtien tarve korostaa oman maan aiempaa arkkitehtuuriperintöä. Tämä lisäsi kiinnostusta klassismiin. (Nikula 1990 a, 90). Suomalaiset arkkitehdit saivat toki tyyllisiä vaikutteita myös muista Pohjoismaista ja laajemminkin kansainvälisen arkkitehtuurin kentältä. 1920-luvun klassismi oli esimerkiksi kohtuullisen suosittua Ruotsissa, jonne suomalaisilla arkkitehteillä oli hyvät yhteydet. Ensimmäinen maailmansota oli sitä vastoin hankaloittanut arkkitehtien yhteydenpitoa Keski-Eurooppaan. Potilaspaviljonki IX valmistui vuonna 1926 ja potilaspaviljonki X vuonna 1931. Vuonna 1938 valmistuneessa potilaspaviljonki XI:ssä viittaukset 1920-luvun klassismiin ovat hävinneet ja näiden tilalle on tullut piirteitä modernismista. Kaikille Taucherin suunnittelemissa rakennuksilla on tyypillistä, että rakennuksen koko massa on yhdessä eleettömässä, leveärunkoisessa suorakulmiossa. Taucherin ja H. P. Berlagen arkkitehtuuriajatteluista voikin löytää yhtymäkohtia, vaikka he päätyivätkin suunnittelemissaan rakennuksissa erilaisiin ratkaisumalleihin. Berlage korosti vuosisadanvaihteessa julkaistuissa kirjoituksissaan geometrasta rakennusten massoittelua, yksinkertaisia linjoja, yksityiskohtien maltillisuutta ja rakentamisen taloudellisuutta. (Mallgrave 2005, 218–220).



Kuva 16. Mallipiirustus 1924. Gunnar Taucher. Potilaspaviljonki IX. Helsingin kaupunginarkisto.

Taucherin suunnittelema, vuonna 1926 valmistunut, potilaspaviljonki IX on selkeä, yksinkertainen ja leveärunkoinen, eheän suorakaiteen muotoinen rakennus. Talossa on galvanoidusta pellistä tehty säterikatto. Alkuperäisessä piirustuksessa katon keskiharjaa on korostettu ja sen kummassakin päässä on miekkamainen koriste. Näitä kattokoristeita rakennuksessa ei enää ole. Rakennuksen pitkän sivun neliönmuotoiset, seinäpinnan tasossa olevat ikkunat on piirretty suoriin riveihin. Seinäpinnassa on karkea, vaaleaksi maalattu rappaus. Talon toiselle puolelle on suunniteltu keveät parvekkeet. Pääovi on sijoitettu rakennuksen lyhyen eteläsivun reunaan. Sitä korostaa lyhyt kerroslista, joka jatkuu lyhyenä listapätkänä myös talon pitkälle sivulle (näkyvät myös kuvassa 16). Tällä kevyellä oven yläpuolella olevalla listalla on saatu luotua vaikutelma korkeasta portaalista. Pääsisäänkäyntiä korostaa lisäksi sisäänkäynnin kohdalla oleva luonnonkivisen sokkelin pieni korotus. Rakennuksen toinen sisäänkäynti on vastakkaisen lyhyen sivun keskiakselilla. Tämän sisään tulon päällä on kevyt valurautainen katos.



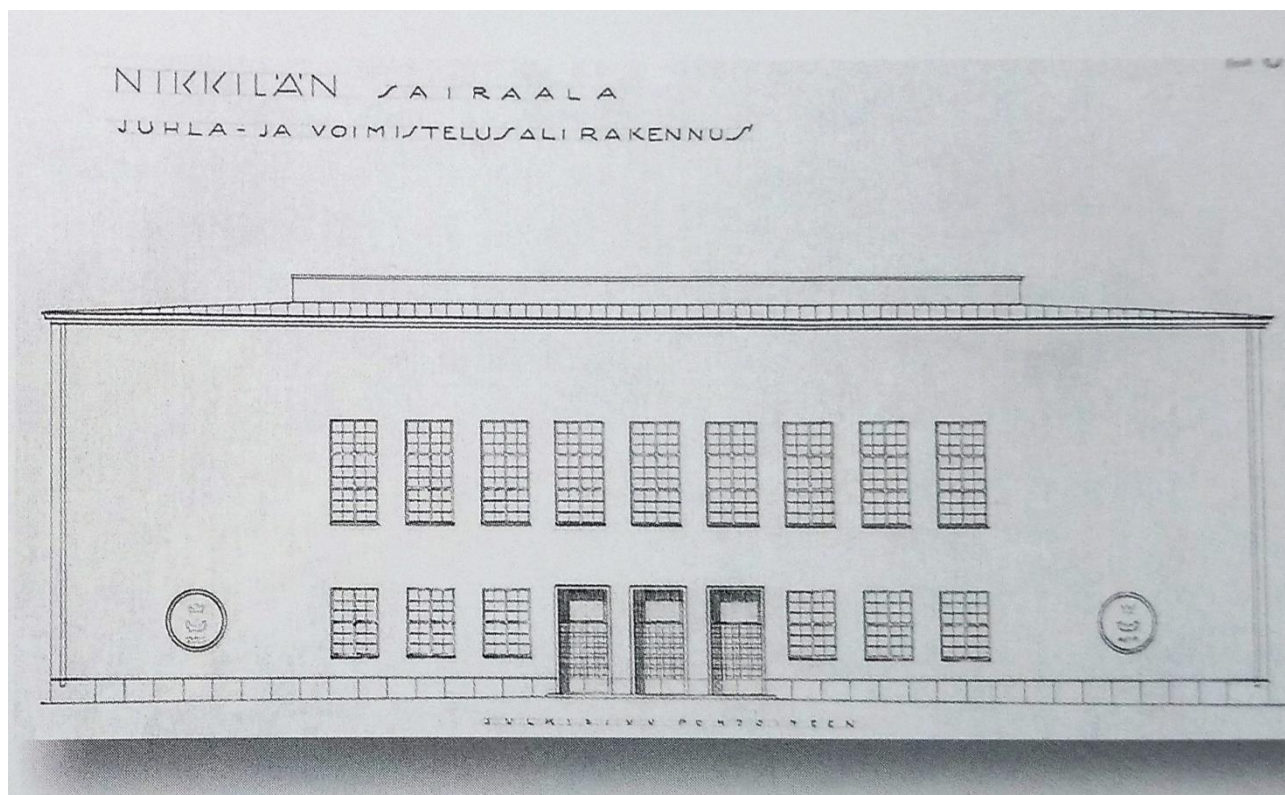
Kuva 17. Mallipiirustus 1924. Taucher. Potilaspaviljonki IX, pohjoinen ja eteläinen julkisivu. Helsingin kaupunginarkisto.

Paviljonki IX:n pohjakaava perustui sydänseinään, jonka molemmilla puolilla oli suuria, kahdeksan hengen potilashuoneita. Pohjakaava oli tilankäytöllisesti tehokas, koska käytäviä ei ollut. Potilashuoneisiin kuljettiin muiden huoneiden läpi. Potilasvalvonnan helpottamiseksi potilassalien väliovetkin oli jätetty pois. (Rosen 1968, 393–395). Taucherin suunnittelema paviljonki IX esiteltiin aikanaan *Arkitekten*-lehdessä. Lehden sivuilla käytiin Gunnar Taucherin ja Waldemar Wileniuksen toimesta myös kipakkaa keskustelua syvärunkoisen rakennuksen ikkunoiden riittävästä koosta.

Wileniuksen mielestä paviljongin ikkunat eivät täyttäneet rakennusjärjestyksen määräyksiä vaan olivat lattiapinta-alaan nähden liian pieniä. Hän kirjoittaa: ”...potilaat saavat keskipäivälläkin elää ainaisessa ruumiillisessa puolihämärässä... Minusta tuntuu, että olemme menneet parisen sataa vuotta taaksepäin ajassa.” Hygieni-ideologian mukaisesti sairaaloiden valoisuudella katsottiin edelleenkin olevan niin suuri merkitys potilaiden viihtyvyydelle ja terveydelle, että ikkunoiden koosta kannatti julkisestikin debatoita. (Wilenius 1925, 152–153; Taucher 1925:12, 167; Wilenius 1926, 11–13).

Taucher esitteli paviljonki IX:n *Arkitekten*-lehden sivuilla näin:

... Rakennus on laajan sairaala-alueen laidassa olevalla korkealla kummulla ja näkyy kaikkialle. Sitä sommiteltaessa ei ole näin ollen voitu suurestikaan ottaa huomioon jo löytyviä rakennuksia. Ne ovat sen lisäksi tehdyt kaavamaiseen tyyliin kaikenlaisine tarpeettomine ulokkeineen ja raskaine, levyllä katettuine mansardikattoineen. Kuten kuvasta selviää, on pohja erittäin keskitetty. Tämän kautta on tietenkin voitu vähentää rakennuskustannuksia ja potilaiden valvonta tehdä mahdollisimman yksinkertaiseksi ja tehokkaaksi. Sairashuoneet on sijoitettu itään ja länteen. Alikerrokseen on järjestetty kylpyosasto levottomia potilaita varten ja ylimpään kerrokseen, josta avautuu mitä kaunein näköala yli Sipoon laajan aukean, on sijoitettu sairaanhoitajattarien huoneet. rakennustyöt ovat sujuneet jo niin pitkälle, että rakennus ensi vuonna on valmis tarkoitukseensa...” (Taucher 1925, 114).



Kuva 18. Mallipiirustus. Taucher. Juhlasalirakennus. Helsingin kaupunginarkisto.

Taucherin suunnittelema juhlasalirakennus otettiin keskeneräisenä evakkopotilaiden käyttöön talvisodan aikana vuonna 1939. Varsinaisesti rakennus valmistui vuonna 1940 (Tuovinen 2009, 56). Myös tämä rakennus on suorakaiteen muotoinen ja leveärunkoinen. Rakennuksen julkisivu on hyvin eleetön ja selkeä. Suuret ikkunat on sijoitettu suoriin riveihin ja ikkuna-akselit keskitetty niin, että julkisivun kumpaankin reunaan jää laaja vyöhyke tasaista rappauspintaa. 1920-luvun klassismiin viitaten rakennuksen julkisivu on tiukan symmetrinen keskiakselinsa suhteen. Rakennuksessa on myös koristeaiheina medaljongit, jotka sijaitsevat julkisivun kummassakin alakulmassa. Arkkitehdin luonnospiirustuksessa molemmissa medaljongeissa on Helsingin kaupungin vaakunat. Jostain syystä Taucher on kuitenkin halunnut korvata toisen medaljongin vaakunan öljylampun kuvalla ja vuosiluvulla 1939. Öljylamppua on käytetty esimerkiksi älyn ja hengen symbolina (Cirlot 1962). Rakennus on kokonaisuudessaan hyvin eleetön ja sen pienet tyylilliset viittaukset ovat lähinnä 1920-luvun lopun varsin pelkistettyä klassismia, jota on kutsuttu myös abstraktiksi klassismiksi (Nikula 1990 a, 92).

Taucherin suunnittelema potilaspaviljonki XI on pitkä, kaksikerroksinen, eheän suorakaiteen muotoinen rakennus. Rakennuksen hyvin pelkistetyin pohjoisen julkisivun katkaisee ainoastaan sisäänkäynnin kohdalla oleva porraskäytävien suurista ikkunoista muodostuva, leveä vyöhyke. Tämä ikkunavyöhyke muodostaa muusta julkisivusta hieman ulkonevan erkkerin ja jatkuu myös jonkin verran kattolistaa korkeammalle. Eteläinen julkisivu on symmetrinen ja siihen tuovat rytmiä keskilinjan kummallakin puolella olevat muita suurempien ikkunoiden ikkuna-akselit. Riitta Nikula ei pidä Taucheria ohjelmallista funktionalismia edustavana arkkitehtina. Potilaspaviljonki XI:ssä onkin funktionalismiin tyypillisesti kuuluvien nauhaikkunoiden tilalla perinteisempi ikkuna-aukutus. Nikulan mukaan tällaisen maltillisemmän modernismin esikuvia löytyy erityisesti Saksasta ja Italiasta (esimerkiksi arkkitehti Bruno Taut). (Nikula 1990 a, 98). Kaikissa Taucherin Nikkilän sairaala-alueelle suunnittelemissa rakennuksissa on samanlainen karkea, vaaleaksi maalattu rappauspinta. Taucherin rakennusten vaalea rappauspinta on myös yhdistävä materiaallinen elementti E. A. Kranckin suunnittelemiin rakennuksiin. Kaikkien Nikkilän sairaala-alueen rakennusten samanlainen pintakäsittely lisää alueen visuaalisuutta yhtenäisyyttä.

Taucherin Nikkilän alueelle suunnittelemat rakennukset valmistuivat vuosien 1926 ja 1940 välisenä aikana. Näissä rakennuksissa näkyväkin arkkitehdin tyylin muuttuminen asteittain yhä pelkistetyimmäksi ja lopulta siirtyminen modernismiin. Toisaalta myös hygieniadiskurssi suosi sairaalarakennusten eleettömiä julkisivuja. Taucherin arkkitehtuuria on luonnehdittu myös ajattomaksi. Nimimerkki B. B. (Birger Brunila) kuvailee vuonna 1941 *Arkkitehti*-lehdessä julkaistussa muistokirjoituksessa Taucherin arkkitehtuuria ankaran monumentaaliseksi. Lisäksi

Brunila nostaa kirjoituksessaan esille Taucherin suunnitteleuille rakennuksille tyypilliset yksinkertaiset pohjaratkaisut, hillityt muodot ja huolellisesti harkitut mittasuhteet. Hänen mukaansa Taucherin arkkitehtuurille oli ylipäättään tyypillistä pyrkimys äärimmäiseen yksinkertaisuuteen, mutta rakennuksista on kuitenkin löydettävissä jokin tehokkaasti sijoitettu yksityiskohta rikkomassa muuten vähäeleistä kokonaisvaikutelmaa. (B. B. 1941, 9).

Taucherin suunnittelemat rakennukset tuovat Nikkilän sairaala-alueen arkkitehtuuriin mielenkiintoista kerroksellisuutta. Samalla Nikkilän sairaalan täydennysrakentamisessa näkyy enteitä 1900-luvun alkupuolella käynnissä olleesta sairaalarakentamisen paradigman muutoksesta. Sairaalarakentamisen paviljonkijärjestelmä oli tuolloin asteittain korvautumassa blokkisairaaloilla. Taucherin vuonna 1925 *Arkitekten*-lehdessä julkaistussa kirjoituksessa (Taucher 1925) heijastuu myös funktionalismia ja myöhempää modernismia edustaneiden arkkitehtien asenne aiempiin arkkitehtuurin tyyliin. Ranskalaisen sosiologi Pierre Bourdieun mukaan arkkitehtuurin ja yleisemminkin taiteen kentällä käydään jatkuvasti kamppailua siitä, kuka saa vallan määrittää taiteen arvoa ja legitimiisyyttä. Jokaisella taiteen kentällä vallitsee lisäksi omat pelisääntönsä, distinktiostراتيجiansa. Arkkitehtuurin modernismin ideaalien noudattaminen on yksi esimerkki tällaisesta Bourdieun tarkoittamasta taiteen kentän pelisäännöstä. (Roos, 1980/1985, 17). Taiteen kentällä ovat usein muutenkin vastakkain yhtäältä sellaiset ilmiöt, jotka edustavat pysyvyyttä, jatkuvuutta ja pitkiä asteittaisia kehityskulkuja, ja toisaalta uudet taidesuuntaukset, jotka haluavat muutoksia, katkoksia ja vallankumouksia. Funktionalismia ja modernismia edustaneet arkkitehdit tavoittelivat tyypillisesti täydellistä katkosta aiempaan arkkitehtuuriin. Taiteen kentällä käydään taistelua symbolisesta vallasta. Jokainen taiteen kenttä tuottaa itse ”symbolisen arvon”, joka määrää esimerkiksi hyvän maun kriteereitä. Arkkitehtien ja muiden taiteen kentän toimijoiden puhe tuottaa symbolista pääomaa vallanhaltioille ja voi vastaavasti olla symbolista väkivaltaa oman kentän ulkopuolisia toimijoita kohtaan. (Bourdieu 1986/1987, 147–236).

2.4 PUISTO

Nikkilän sairaalarakennuksia ympäröi puisto. E. A. Kranckin vuonna 1909 piirtämässä alkuperäisessä asemapiirroksessa paviljonkijärjestelmän mukaiseen mielisairaalaan elimellisesti kuuluvaa puistoympäristöä hahmotellaan vaaleanvihreällä värillä, johon on piirretty kasvillisuutta symbolivia pensaskuvioita. Arkkitehti on jo suunnitteluvaiheessa keskittynyt luomaan kokonaismiljöön, jossa rakennukset ja niitä ympäröivä puisto muodostaisivat yhdessä arkkitehtonisen kokonaisuuden. Samalla tavalla Kranck on pohtinut kunkin rakennuksen sijoittumista tontille, suhteessa eri ilmansuuntiin ja toisiinsa. Puistoalueen kehkeytymisessä meni

kuitenkin kymmeniä vuosia. 1930-luvulle saakka sairaalan piha-alueet olivat lähinnä hiekka- ja nurmikenttiä, joille oli istutettu vain joitakin puuntaimia ja pensaita täydentämään alueen vanhaa puustoa. Miehillä ja naisilla oli omat erilliset piha-alueensa, joiden ympärillä oli 1950-luvulle saakka korkea lankkuaita (Vesikansa 2008, 79). Potilaat ulkoilivat näillä pihoiilla ja osallistuivat lisäksi ulkotöihin, jos heidän kuntonsa tämän salli. Esimerkiksi vuonna 1919 yli puolet miespotilaista teki siivous- ja ulkotöitä. Naiset osallistuivat myös siivoukseen ja tekivät tämän lisäksi käsitöitä. (Tuovinen 2009, 35). Monet potilaat mitä ilmeisimmin ulkoilivat mielellään. Esimerkiksi John Conolly kirjoitti monen potilaan viihtyvän kesällä paljain päin auringossa niin kauan, että heidän kuumaa päätänsä pystyi tämän jälkeen tuskin koskettamaan. Näin siitäkin huolimatta, että runsasta auringossa oloa pyrittiin välttämään, koska sen pelättiin kiihdyttävän epätoivotulla tavalla aivojen toimintaa. (Conolly 1846, 2).

Puutarha on osa luontoa, mutta samalla kulttuurinen konstruktio, ihmisten toimien seurauksena syntynyt osa rakennettua ympäristöä. Puutarhat heijastelevatkin aina ympäröivän yhteiskunnan arvoja ja kauneuskäsityksiä. Varsinaisen puutarhasuunnitelman Nikkilän sairaala-alueelle laati 1930-luvun alkupuolella puutarha-arkkitehti Paul Olsson (1890–1973). Olsson kuului maamme ensimmäiseen virallisen koulutuksen saaneeseen puutarha-arkkitehtipolveen. Hän valmistui Saksasta, Köstritz-Thüringenin puutarhaoppilaitoksesta vuonna 1911. Suomeen palattuaan Paul Olsson työskenteli ensin isänsä, Helsingin kaupunginpuutarhuri Svante Olssonin (1856–1941) apulaisena laatien suunnitelmia sekä Helsingin kaupungin puistoihin että yksityishenkilöiden puutarhoihin. Vuonna 1920 Paul Olsson perusti sitten oman suunnittelutoimiston ja tämän yhteyteen taimiston. (Nikula 1990 b, 154–156). Paul Olssonin puutarhasuunnitelmat olivat usein geometrisen suoraviivaisia. Ainoastaan puutarhan reuna-alueet saattoivat edustaa vapaampaa maisemallista tyyliä. (Ruoff 2016, 26).

Jos Nikkilän sairaala-alueelle olisi perustettu puutarha heti rakennusten valmistuttua, se olisi todennäköisesti edustanut myös geometristä tyyliä. Tyypillinen vuosisadanvaihteen jugend-puutarha oli sekin suosinut suoralinjaisuutta. Vapaampia muotoja edustaneiden puutarhatyylien, maisemapuutarhan ja pittoreskin *cottage-gardenin*, rinnalle Englannissa kehittyi 1800-luvun loppupuolella geometrinen *arts and crafts*-puutarhamuoti. *Arts and crafts*-ideologian mukaan puutarha haluttiin muokata osaksi koko elinpiirin kattavaa kokonaistaideteosta. Geometrinen puutarha rantautui Englannista muualle Eurooppaan ja tuli hyvin suosituksi 1890-luvulla etenkin Saksassa. Saksasta tyyli levisi muualle Eurooppaan Saksassa opiskelleiden puutarha-arkkitehtien välityksellä, ja geometrinen puutarha oli hyvin edustettuna myös vuosisadanvaihteen monissa puutarhanäyttelyissä (Merivuori 1984, 32). Suomalaiset puutarha-arkkitehdit lukivat lisäksi alansa

kansainvälistä kirjallisuutta. Esimerkiksi Bengt Schalin toimi jonkin aikaa kolmen englantilaisen puutarhaseuran kirjeenvaihtajana ja oli tämänkin takia hyvin perillä Englannin puutarhasuunnittelun tyylivirtauksista (Donner 2016, 15).

Tyypillinen jugend-tyylin puutarhasuunnitelma tukeutui ympäröivään arkkitehtuuriin eli puutarhan istutusten ja kävelypolkujen linjat hakivat muotonsa ympäröivistä rakennuksista. Lisäksi puutarhasuunnitelmissa suosittiin symmetriaa. Puutarhan haluttiin olevan sekä taiteellinen että samalla myös tarkoituksenmukainen. Parhaimmillaan ulkotiloista muodostui rakennusten sisätilojen jatke ja puutarhaan luoduissa eri tiloissa vietettiin vapaa-aikaa ja tavattiin ystäviä. Jugend-puutarhan tulo Suomeen on ajoitettu ensimmäisen maailmansodan aikoihin (Merivuori 1984, 32).

Englantilaiseen *arts and crafts*-puutarhaan ja saksalaiseen *Jugend-* tai *Architektur -Garteniin* perustuva puutarha-ajattelu näkyi erityisesti Saksassa opiskelleiden Paul Olssonin ja Bengt Schalinin 1900-luvun alkupuolen puutarhasuunnitelmissa. (Häyrynen 2001, 26–27). Olsson ja Schalin suosivat kumpikin selkeää geometristä tyyliä julkisten rakennusten ympärille tehdyissä puutarhasuunnitelmissa, kaupunkien puistoissa ja yksityisten kartanoiden ja huviloiden puutarhasuunnitelmissa. Geometrinen puutarhamuoti levisi yksinkertaistettuna versiona toki myös tavallisten omakotitalojen ja maatilojen puutarhoihin.

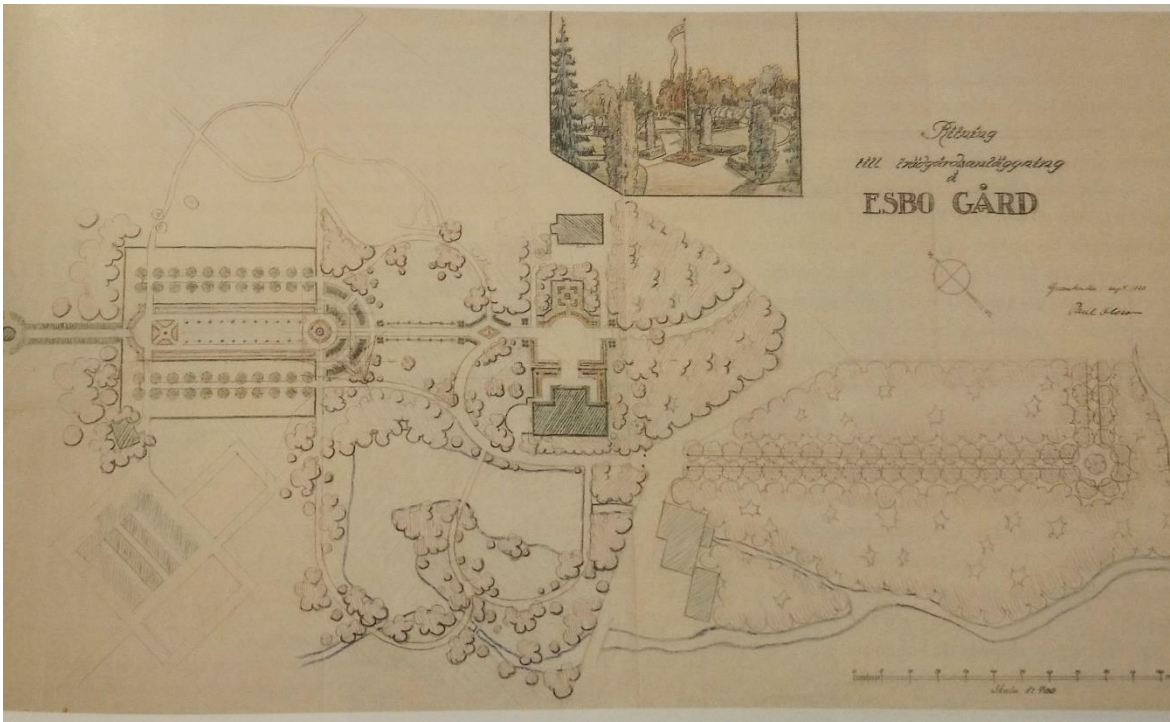
Sekä Olsson että Schalin olivat hyvin tuotteliaita puutarha-arkkitehteja. Olsson suunnitteli esimerkiksi Kultarannan puiston Naantaliin, jugend-tyylisen Dalbyn huvilan puutarhan Espooseen, monia kartanoiden puutarhoja, useita kerrostalojen pihvoja (esimerkiksi Helsingin Olympiakylän viheralueet) sekä julkisten liikelaitosten, tehdasympäristöjen ja seurakuntien puutarhoja, (Ruoff 2016, 26; Savikko 2004, 41). Olssonin puutarhasuunnitelmille oli ainakin hänen uransa alkuaikoina tyypillistä symmetrinen, aksiaalinen tilasommittelu ja selkeät näkymälinjat. Hän kirjoitti itse kirjassaan ”Suomen puutarhataidetta”:

Viime vuosisadalla ylivoimaisena vallinnut luonnontyyli vaihtui vuosisatojen vaihteessa äkkiä geometriseen. Tämän tyylin tyypillinen edustaja on Kultaranta, jonka kuuluisa puisto suuresti vaikutti tyyli muuttumiseen maassamme... Viivasuorat tiet, suorat kukkapenkit, leikatut pensasaidat... Geometriselle tyylille oli tietysti puolustajansa. Näiden paras argumentti oli se, että puutarha-aluetta voitiin suorien linjojen ansiosta käyttää hyväksi entistä tehokkaammin. (Olsson 1947, 9).

Muotopuutarhoilla on tietenkin myös varhaisia historiallisia esikuvia, kuten renessanssin symmetriset puutarhat ja barokin näyttävät geometriset puutarhat (Nikula 1990 b, 156). Itse asiassa jo ennen vuosisadan vaihdetta puutarha-arkkitehtuuri oli muuttunut monissa maissa eklektiseksi eli maisemapuutarhaan oli alettu yhdistää muotopuutarhan aineksia. Erityisesti rakennusten välittömään läheisyyteen perustettiin geometrinen puutarha kukkaistutuksineen. Kukkien

ympäröimä suihkulähde ja kukkaistutusten rondellit olivat nekin suosittuja koristeaiheita 1800-luvulla kaupunkien puistoissa ja kartanoiden puutarhoissa. (Donner 2016, 15; Uino 1989, 68–71).

Olssonin puutarhasuunnitelmat muuttuivat ajan kuluessa yksinkertaisemmiksi, väljemmiksi ja luonnonmukaisemmiksi. Olssonin uran alkuaikojen puutarhasuunnitelmissa oli syvennyksin ja korotuksin luotuja tasoeroja, pergolarakenteita, vesiaiheita, laattapolkuja, seinänlaitaistutuksia, ruusu- ja perennapenkkejä sekä leikattuja pensasaitoja. Puutarhaan tehty syvennys, ”vajotettu” puutarha-alue oli eräänlainen muunnelma englantilaisesta ”sunken garden”-teemasta, joka mahdollisti istutusten ihailun yläviistosta katselukulmasta ja tarjosi samalla suojaista oleskelutilaa. (Ruoff 2016, 28). Vesiaiheita Olsson käytti paljon ja kirjassaan ”Suomen puutarhataidetta” hän luonnehtiikin vettä yhdeksi puutarhan tärkeimmistä tekijöistä (Olsson 1947, 15). Olsson hyödynsi ensimmäistä kertaa Suomessa myös ”kukkivaa muuria” eli kivikkokasvien peittämää muurirakennetta tehdessään Dalbyn huvilan puutarhasuunnitelmaa. (Merivuori 1984, 34, 36). 1930-luvun loppupuolelta lähtien Olsson käytti kuitenkin koristeaiheita säästeliäämmin ja harkitummin ja alkoi painottaa aiempaan enemmän luonnonmukaisuutta puutarhasuunnitelmissaan. Esimerkiksi Mäntän Honkahoviin suunnitellussa puutarhassa mäntymetsä ja laajat nurmikut saivat pääroolin. Olsson itse piti puutarhan parhaana hetkenä sitä, kun suurten puiden pitkät iltavarjot heittyivät nurmikentälle, Järvelle avautuvaa näkymää ei peitetty istutuksilla tai muillakaan rakennelmilla (Ruoff 2016, 35).



Kuva 19. Paul Olsson 1920. ”Esbo Gård”-puutarhasuunnitelma on esimerkki Olssonin aksiaalisesta, geometrisestä muotopuutarhasta pitkinä näkölinjoina. (Häyrynen 2001, 79).

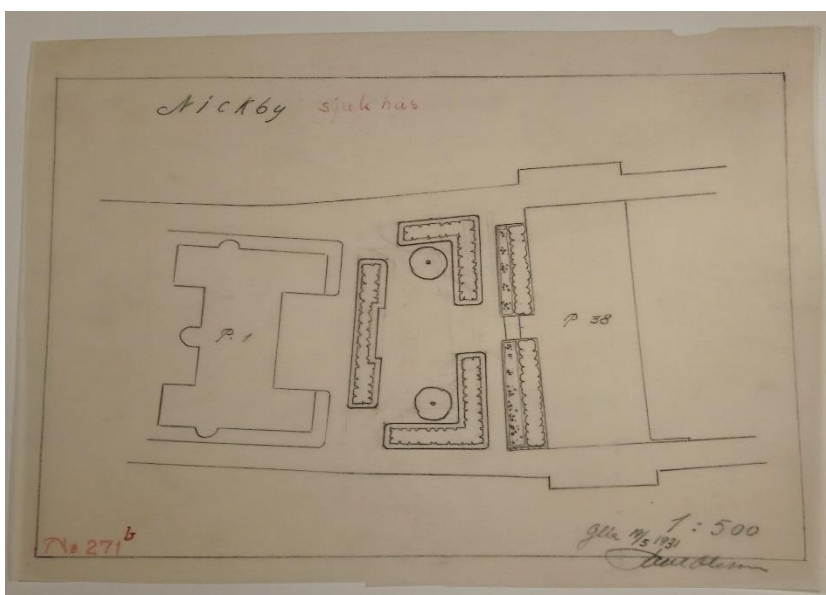
Paul Olsson pyrki aina sisällyttämään suunnitelmiinsa alueella jo valmiiksi kasvavia puita, Muuten hänen suunnittelemiensa puutarhojen alkuperäisiä kasveja on vaikea aivan tarkkaan selvittää. Hän ei juurikaan nimennyt erillisiä kasvilajeja puutarhasuunnitelmiinsa, ja istutettavat kasvit valittiinkin todennäköisesti saatavuuden mukaan, (Donner 2016, 17). Yleensä puutarhasuunnitelmiin on piirretty vain istutusten paikat ja joskus lyhyt lista muutamasta keskeisestä kasvista. Yleisellä tasolla Schalin ja Olsson arvostivat esimerkiksi kivikkokasveja, syreeneitä, pensasangervoita, jasmikkeita, erilaisia ruusuja, alppiruusuja ja hortensioita (Ruoff 2016, 28; Tegel 2016 41). 1930-luvulla perennoista suosittiin ainakin leimukukkia ja ritarinkannuksia. (Merivuori 1984, 34, 36). Syysleimut olivat Olssonin lempikasveja ja näitä hän lienee käyttänyt lähes kaikissa suunnittelemissaan puutarhoissa (Ruoff 2001, 230).



Kuva 20. Potilaspaviljonki III. Valokuva Hakli, Kari 2001. Helsingin kaupunginmuseon kuva-arkisto.

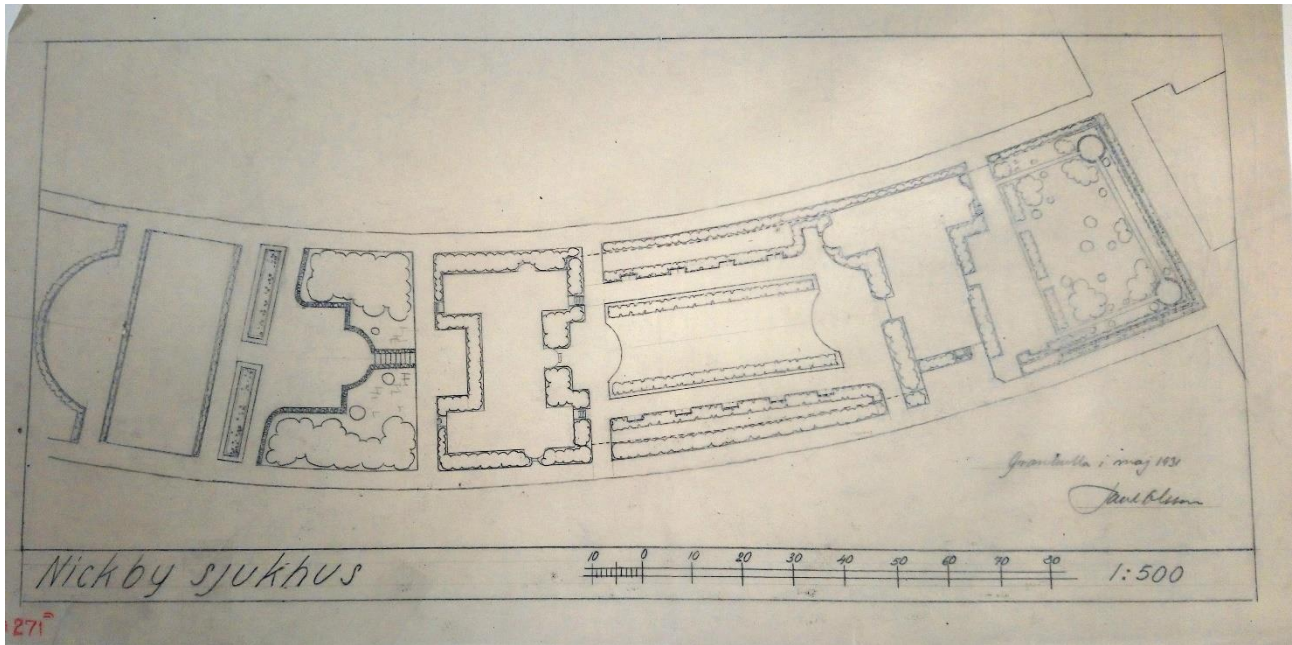
Olsson suunnitteli Nikkilän sairaala-alueelle puutarhan käyttäen samoja periaatteita, joita hän hyödynsi muissakin julkisten rakennusten ympärille suunnittelemissaan puutarhoissa. Vaikka sairaalan puisto on selvästi yksinkertaisempi kuin yksityisten kartanoiden ja huviloiden puutarhat,

miljööstä kokonaisuudessaan löytyy joitakin yhtymäkohtia vanhojen kartanoiden ja sotilasvirkatulojen pihapiireihin. Carl Wijnbladın mallikirjan mukaisille kartanoille oli tyypillistä yhdeltä sivulta avoin asuinpiha, joka muodostui päärakennuksen ja tätä symmetrisesti reunustavien siipirakennusten keskelle (Hautamäki 2015, 63). Myös Nikkilän sairaala-alueen puisto muodostuu vastaavan kaltaisista potilaspaviljonkien rajaamista erillisistä piha-alueista. Kaiken kaikkiaan viittä tällaista erillistä puutarha-aluetta yhdistää alueen kummallakin sivulla kulkevat, sairaala-alueen kaarevaa poikittaisakselia noudattavat kävelytiet. Olssonin puutarhasuunnitelmasta osa ehdittiin toteuttaa ennen sotia. Puisto jäi kuitenkin sodan aikana vähälle hoidolle ja vaati sodan loputtua paljon kunnostustöitä. Pihanurmikoita paranneltiin, uusia pensaita ja puita istutettiin ja kukkaistutuksia lisättiin. Myös potilaat osallistuivat näihin puutarhan kunnostustöihin palkatun puutarhurin opastuksella. Nikkilän mielisairaalan piha-alue ja puutarha oli kooltaan kaikkiaan yli 20 hehtaaria ja tästä hoidettavaa nurmikkoa oli 6–7 hehtaaria. Parhaimmillaan puistossa oli lisäksi lähes 50 erillistä kukkaistutusta. (Tuovinen 2009, 117–118). Puutarha ei ole koskaan valmis eikä vangittavissa mihinkään tiettyyn hetkeen. Puutarhassa tapahtuu jatkuvasti muutoksia. Välillä alue jää vähemmälle hoidolle tai joutuu kasveille kohtalokkaiden sääilmiöiden armoille. Puutarhaa myös muokataan ja muutetaan. Nikkilän sairaala-alueeltakin on vuosien saatossa jouduttu kaatamaan vanhoja puita ja näitä korvaavia uusia puuntaimia on istutettu, Kasvilajikkeet ovat myös moneen kertaan vaihtuneet toisiksi. Olssonin puutarhasuunnitelman päälinjat ovat kuitenkin alueella edelleen nähtävissä. Suurin muutos on tapahtunut paviljongin XI piha-alueella, koska tämä rakennus on myöhemmin saneerattu yhdeksi Sipoon kunnan peruskoulun ala-asteista ja samassa yhteydessä myös piha-alue on muutettu välituntileikkeihin paremmin sopivaksi.



Kuva 21. Olsson 1931. Olssonin puutarhasuunnitelma potilaspaviljonkien I ja X väliselle alueelle. Arkkitehtuurimuseo, Helsinki.

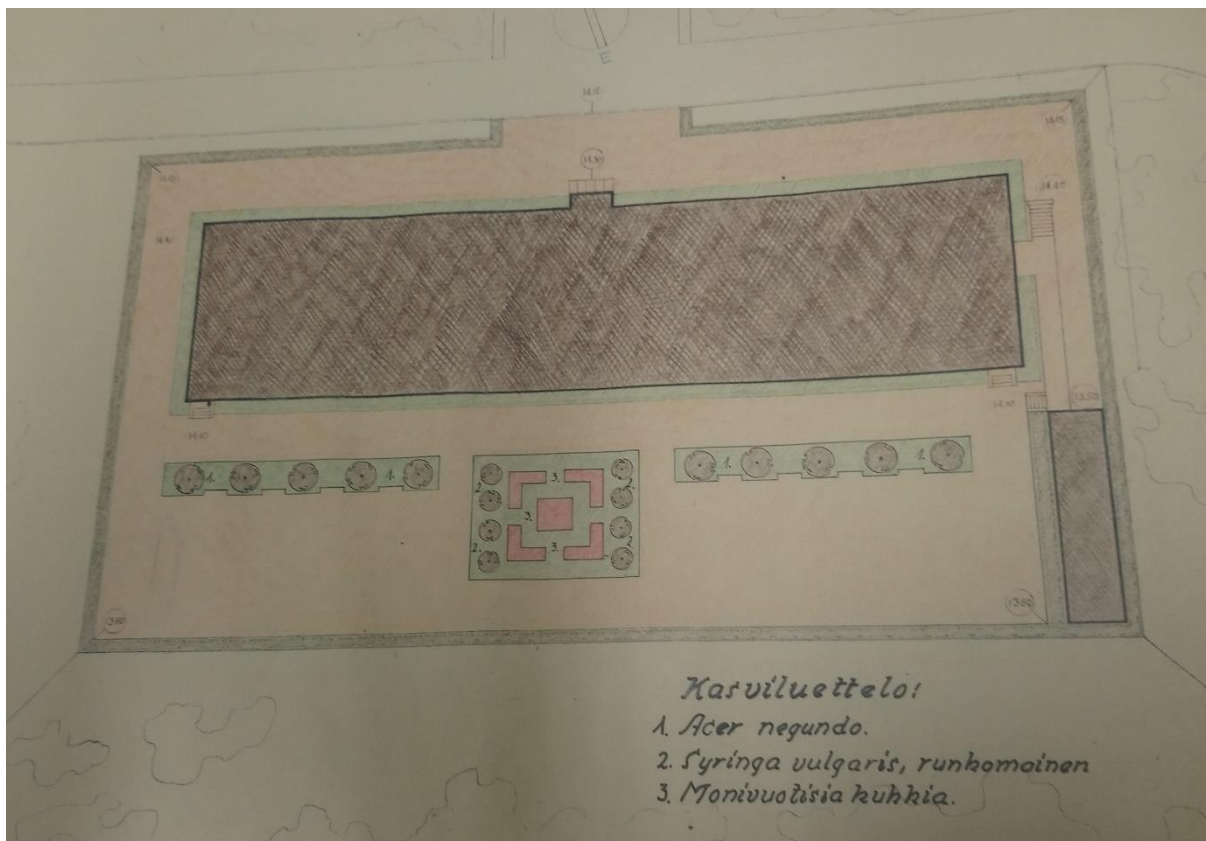
Nikkilän puutarhasuunnitelmassa Olsson suunnitteli paviljonki X edustalle istutusvyöhykkeen pensaille ja näiden edustalle boordina joko ruusuja tai perennoja. Rakennusten välissä olevaa hiekkakenttää reunustaa suunnitelmassa leveät, suorat kukkapenkit tai pensasvyöhykkeet ja todennäköisesti kentän kulmauksiin Olsson suunnitteli pieniä puita.



Kuva 22. Olsson 1931. Olssonin puutarhasuunnitelma potilaspaviljonki V ja VII väliselle alueelle. Arkkitehtuurimuseo, Helsinki.

Olssonin puutarhasuunnitelmassa sekä paviljonkia V että paviljonkia VII reunustaa leveä vyöhyke pensaita. Paviljongin V ympärillä kasvaa edelleenkin syreeneitä, jasmikkeita ja hortensioita. Varsinaisen piha-alueen muodostaa hiekkakäytävien ja leveiden istutusvyöhykkeiden rajaama nurmialue. Pihan istutusvyöhykkeillä kasvaa nykyisin leveissä penkeissä sekä pensaita että perennoita. Paviljongin VII taakse on suunniteltu laajaa suorien kukkapenkien tai pensasrivistöjen rajaamaa nurmialuetta, jolle on jätetty alueella aiemmin kasvanutta puustoa. Tämän alueen molempiin kulmiin on suunniteltu istuttaa todennäköisesti pienet puut. Paviljonkien V ja IX väliin on jätetty leveä metsäinen vyöhyke. Paviljonki IX sijaitsee mäen päällä, ja Olsson on piirtänyt paviljonkien V ja IX väliselle rinteelle portaat. Paviljongin IX edustalle on suunniteltu suorat, leveät istutusvyöhykkeet. Lisäksi paviljongin IX sivuille on ajateltu matalaa perennaistutusta.

Sairaalan portilta hallintorakennukselle johti hopeapajujen reunustama kuja. Hallintorakennuksen edessä sijaitsi kookas kukkarondelli ja rakennuksen takana oli kolme kaaren muotoista kukkapenkkiä. Paviljongin II edessä oli puolestaan pieni kukkaistutusten ympäröimä suihkulähde. (Tuovinen 2009, 118–119).



Kuva 23. Olsson 1931. Olssonin puutarhasuunnitelma paviljonki XI edustalle. Helsingin kaupunginarkisto.

Paviljongin XI edustalle Olsson suunnitteli acer negundojen eli saarnivaahteroiden rivistöä ja runkosyreenien reunustamaa geometristä, kukkaistutuksista muodostuvaa parterria. Vastaavan kaltainen geometrinen, kukkaistutuksista muodostuva parterri on löydettävissä myös ”Esbo gård”-puutarhasuunnitelmasta (kuva 19) rakennusten väliseltä piha-alueelta. Rakennuksen ympärille on todennäköisesti ajateltu matalaa perennaistutusta.

Myös se, miten puutarhaa katsotaan ja miten siellä toimitaan, on kulttuurisesti määrittynyttä. Etenkin maaseudulla on perinteisesti aina tehty töitä ja vietetty muutenkin aikaa ulkona pihalla ainakin kesäisin lähes yhtä paljon kuin sisätiloissa. Puutarhaa ei siis vain katsota, vaan siellä myös toimitaan ja samalla puutarha aistitaan kirjaimellisesti kaikilla aisteilla. 1900-luvun alun mielisairaanhoidossa työn tekeminen katsottiin oleelliseksi osaksi potilaiden hoitoa ja osa töihin kykenevistä potilaista osallistuikin puutarha- ja maataloustöihin. Ainakin osalle potilaista tällainen työ lienee ollut ennestäänkin tuttua, olihan Suomi vielä 1900-luvun alkupuolella hyvin maatalousvaltainen maa. Parhaimmillaan puutarhasta nauttimisen ja puutarhatöihin osallistumisen voitaneen ajatella vahvistaneen potilaiden mielen ”tervettä” aluetta ja edistäneen tätä kautta merkittävästi heidän psyykkistä terveyttään. Liisa Horellin mukaan turvallisiksi koettuun fyysiseen ympäristöön liittyy usein inhimillinen mittakaava. ihmisen on voitava turvallisesti suunnistaa ja

löytää oma paikkansa ympäristössä sekä sosiaalisesti että tilallisesti. Mielisairaalamiljöön tarjosi parhaimmillaan rauhallisen, rajatun fyysisen alueen ja turvallisen pienyhteisön eli ainakin näiltä osin hyvät edellytykset kokea sairaalaympäristö turvalliseksi ja inhimilliseksi. Lisäksi Horelli painottaa ajallista jatkuvuutta turvallisuuteen vaikuttavana tekijänä. Turvallisessa ympäristössä sekä sosiaalisen että fyysisen ympäristön muutokset tapahtuvat hidastempoisesti. Koettu paikka ehtii saada ajallisia kerrostumia ja siihen ehtii kiinnittyä muistoja. Hidasrytmiseen ja ennakoitavissa olevaan paikan lineaariseen aikaan liittyy sitten vuodenaikojen ja vuorokaudenaikojen vaihteluiden syklinen aika. Puutarhatyöt osallistavat potilaita sekä fyysiseen että sosiaaliseen ympäristöönsä. Ympäristö, jonka muokkaukseen saa osallistua, tulee väistämättä ulkopuolelta koettua rakkaammaksi. Puutarhatöihin osallistuminen lisäsi yhteisöllisyyttä, toi päiviin sisältöä ja parhaimmillaan pystyi todennäköisesti kohentamaan potilaiden omanarvontunnettakin. (Horelli 1981, 193–194). Ympäristöpsykologisen määritelmänkin mukaan mielenterveydellisesti hyvä ympäristö antaa ihmiselle mahdollisuuden saada monipuolisia ja merkityksellisiä kokemuksia yksilöinä ja tarjoaa hänelle mahdollisuuden antaa oma panoksensa yhteisön ja yhteiskunnan hyväksi. (Sairaalaliitto 1983, 54).

Puutarha tarjosi terapeuttisia kokemuksia kaikille potilaille, niillekin, jotka eivät pystyneet osallistumaan varsinaisiin puutarhatöihin. Puutarha laajensi kaikkien potilaiden elinpiirin rakennusten ulkopuolelle. Paikkaan tutustuminen ja siihen juurtuminen tapahtuu kuukausien ja vuosien kuluessa osittain tiedostamatta, hienovireisesti ja kehollisesti (Tuan 1977, 183). Pikkuhiljaa ympäristöön alkaa kiinnittyä kokemuksia, tunteita ja muistoja. Tilan kokemus syntyy erityisesti liikkeessä ja toiminnassa aistimuksista ja hajamielisyistä, sattumanvaraisista havainnoista. (de Certeau 1984, 139–140). Tilassa täytyy kävellä ja havainnoida ympäristöä eri katselukulmista. Puutarhan äänimaisema muuttuu vuodenaikojen mukaan. Tuuli, pakkas tai auringon lämpö tuntuvat iholla joka päivä eri tavalla. Kasvillisuus muuttuu viikosta toiseen, eri kukat kukkivat eri aikaan, valo, värit, tekstuurit ja tuoksut muuttuvat. Puutarhassa liikkuesssa nämä kokemukset läpäisevät väistämättä jokaisen, mahdollisesta sairaudesta huolimatta.



Kuva 24. Osasto VII:n puutarharyhmä (Valokuva 1930-luvulta). (Tuovinen 2009, 119).

3 YHTEENVETO

Tutkimukseni kohde oli paviljonkijärjestelmän mukaan rakennetun mielisairaalan miljöö Suomessa. Lähestyin tutkimuskohdettani esimerkin avulla eli tarkastelin erityisesti Nikkilän mielisairaalan miljöötä Sipoossa. Tutkimukseni tavoitteena oli selvittää, miksi mielisairaalan alue suunniteltiin juuri sellaiseksi fyysiseksi paikaksi, joksi se ajan myötä vähitellen myös muokkautui. Sairaala on lähtökohtaisesti aina suunniteltu palvelemaan parhaalla mahdollisella tavalla oman aikansa hoidollisia tavoitteita. Tämän takia myös sairaaloiden arkkitehtuuri on muuttunut vuosien saatossa uusien hoidollisten tavoitteiden niin vaatiessa. Sairaalainstituutioon ja sairaalarakentamiseen heijastuvat lisäksi ympäröivän yhteiskunnan arvot, ihmiskäsitykset, ideologiat, yhteiskunnalliset rakenteet ja taloudellinen tilanne.

Suomen mielisairaalaverkoston rakentaminen aloitettiin kansainvälisten esimerkkien mukaisesti 1840-luvulla. Merkittävä osa Suomen mielisairaaloista rakennettiinkin autonomian aikana. Vuosisadanvaihteen vilkkaan rakennustoiminnan mahdollisti taloudellinen noususuhdanne, joka katkesi vasta ensimmäiseen maailmansotaan. Mielisairaaloiden perustaminen kertoo myös muuttuneesta ihmiskäsityksestä. Mielisairaudet alettiin mieltää aivojen toimintahäiriöiksi eikä enää pahojen henkien aiheuttamiksi syntien rangaistuksiksi. Tämä ajattelutavan muutos heijastui myös mielisairaiden kohteluun. Vuosisadanvaihteessa uskottiin myös hyvin optimistisesti, että kehittyvä psykiatria pystyisi vähitellen tarjoamaan sairastuneille parempaa hoitoa. Sigmund Freudin luoma psykoanalyysin teoria lisäsi sekin kiinnostusta psykiatria.

Autonomian ajan mielisairaalat rakennettiin maaseudulle tai ainakin kaupunkien reuna-alueille. Mielisairaaloille etsittiin mahdollisimman kaunis sijaintipaikka, jonka läheisyydessä toivottiin olevan myös maanviljelykseen soveltuvaa maata. Potilaiden toivottiin osallistuvan maanviljelystöihin, koska työntekeä pidettiin terapiana. Toisaalta maaseudulla tonttimaa oli halvempaa, ja omavaraistalous oli sairaaloille myös taloudellisesti merkittävä asia. Reilu sata vuotta ensimmäisten suomalaisten mielisairaaloiden rakentamisesta, vuonna 1981, Sairaalaliitto käynnisti terapeuttien ympäristöjen kehittämisprojektin. Tämän projektin toteuttanut työryhmä päätyi suosittamaan, että terapeutit fyysiset ympäristöt tulisi rakentaa kodinomaisiksi ja ”epälaitosmaisiksi” ja niiden tulisi edistää potilaiden kuntoutusta omin voimin arkielämästään selviytyviksi. Siksi potilailla tulisi olla mahdollisuus tehdä itse erilaisia jokapäiväisiä askareita. (Sairaalaliitto 1983, 2–3). Psykiatristen potilaiden hoidolliset tavoitteet olivat jo vuosisadanvaihteessa hyvin samankaltaiset. Tuolloisessa maanviljelysvaltaisessa yhteiskunnassa jokapäiväiset askareet tarkoittivat käytännössä juuri maanviljelykseen liittyviä töitä. 1900-luvun

alun mielisairaanhoidoa koskevissa komiteamietinnöissä kirjattiin lisäksi psykiatristen potilaiden perhehoito ja maanviljelyssiirtolat jatkossa tavoiteltaviksi hoidollisiksi ratkaisuksiksi eli laitoshoidolle etsittiin jo vuosisadanvaihteessa vaihtoehtoja.

1800-luvulla sairauksien uskottiin leviävän miasman eli saastuneen ilman välityksellä. Sairaalarakennuksia haluttiin tämän takia kehittää helpommin tuuletettaviksi. Myös auringon valolla uskottiin olevan paranemista edistävää vaikutusta. Sairaalarakentamisen paviljonkijärjestelmä kehittyi palvelemaan näitä hoidollisia tavoitteita. Riittävä luonnonvalo ja valaistus sekä hyvä ilmastointi ovat pysyneet terveellisen rakentamisen tavoitteina miasma-teorian kumoutumisen jälkeenkin. Mielisairaaloiden paviljonkirakentamista vauhditti lisäksi 1800-luvulla vaikuttanut *non-restraint*-hoitomalli, jonka tavoitteena oli mekaanisten rajoittamiskeinojen käytön minimointi psykiatrisissa sairaaloissa. Tähän tavoitteeseen pyrittiin potilaiden inhimillisellä kohtelulla ja tavoitetta tukevalla sairaala-arkkitehtuurilla. Psykiatrisissa sairaaloissa potilaat sijoitettiin eri osastoille oireiden vaikeusasteen mukaan. Levottomia potilaita oli helpompi hallita omissa pienyksiköissään ja rauhallisemmat potilaat saivat puolestaan mahdollisuuden paranemiseen häiriöttömässä ympäristössä. Potilaspaviljonkien arkkitehtuurin haluttiin lisäksi muistuttavan enemmän huviloita kuin synkkiä vankilamaisia laitoksia. Paviljonkijärjestelmän mukaan rakennettujen sairaaloiden ympärille perustettiin myös puisto. Esteettinen ympäristö miellettiin osaksi hoitoa ja potilaille haluttiin tarjota mahdollisuus olla yhteydessä ympäristöönsä. Erityisen tärkeää tämä oli vuosisadanvaihteessa, jolloin psykiatristen potilaiden hoitoajat mielisairaaloissa olivat pitkiä ja moni potilas vietti sairaalassa koko loppuelämänsä. Puutarhojen perustamisen suosiota lisäsi myös vuosisadanvaihteen puutarhakaupunkiaate ja hygieniadiskurssi. Varsinaisen puutarhasuunnitelman Nikkilän alueelle laati 1930-luvulla alan merkittävä uudistaja, puutarha-arkkitehti Paul Olsson.

Vuosisadanvaihteessa sairaalasuunnittelusta vastasi Suomessa Yleisten rakennusten ylihallitus, johon oli perustettu vuonna 1892 sairaaloiden suunnitteluun keskittyvän arkkitehdin virka. Sairaalarakentamisen paviljonkijärjestelmä otettiin Suomessa käyttöön lähes samassa aikataulussa kuin muuallakin Euroopassa, koska suomalaiset arkkitehdit ja psykiatrit kävivät aktiivisesti tutustumassa eurooppalaiseen mielisairaalarakentamiseen ja kumpikin ammattiryhmä seurasi tiiviisti myös oman alansa kirjallisuutta. Arkkitehdit ja psykiatrit tekivät muutenkin hyvin läheistä yhteistyötä mielisairaaloiden suunnitteluvaiheessa. Kummankin ammattikunnan edustajat olivat esimerkiksi mukana mielisairaskomiteoissa laatimassa psykiatristen sairauksien hoitoa koskevia suunnitelmia ja mietintöjä. Nämä mietinnöt lähetettiin sitten senaatin käsiteltäviksi eli ne toimivat psykiatrasta hoitoa koskevan lainsäädäntötyön pohjana. Nikkilän mielisairaalan suunnitellut

arkkitehti E. A. Kranck olikin erittäin hyvin sisäistänyt paviljonkirakentamisen tavoitteet. Vuonna 1914 valmistunutta Nikkilän mielisairaala voikin mielestäni pitää edustavimpana paviljonkimielisairaalan esimerkkinä Suomessa. Kranckin Nikkilän mielisairaalaan suunnittelemaat potilaspaviljongit edustavat tyylillisesti myöhäisjugendia. Rakennuskantaan lisättiin vuosien 1926–1940 välisenä aikana uusia potilaspaviljonkeja, juhlasalirakennus, hoitajattarien asuntola ja talousrakennuksia. Näiden uusien rakennusten suunnittelusta vastasi Helsingin kaupunginarkkitehti Gunnar Taucher. Nikkilän täydennysrakentamista voidaan pitää hyvin onnistuneena. Alkuperäisen paviljonkisairaalan arkkitehtoninen kokonaisilma säilyi yhtenäisenä ja Taucherin suunnittelemien rakennusten selkeä arkkitehtuuri tuo alueelle uuden mielenkiintoisen ajallisen kerrostuman. Taucherin suunnittelemaat potilaspaviljongit ovat selkeästi suurempia kuin Kranckin suunnittelemaat ja asettuvat rakennusmassaltaan tyypillisen paviljonkijärjestelmän potilaspaviljongin ja blokkisairaalan välimaastoon. Nikkilän sairaala-alueen rakennuskannassa näkyikin jo enteitä täydennysrakentamisen kanssa samaan aikaan käynnissä olleesta sairaalarakentamisen paradigman muutoksesta. Sairaalarakentamisen paviljonkijärjestelmä oli asteittain korvautumassa blokkisairaaloilla.

KUVALUETTELO

Kuva 1. Esimerkki E. A. Kranckin mallipiirustuksista. Potilaspaviljongin pohjapiirustus 700 potilaan mielisairaalaan varten (KM 1908).

Kuva 2. Esimerkki E. A. Kranckin mallipiirustuksista. 44 potilaalle suunnitellun potilaspaviljongin julkisivupiirustus (KM 1908).

Kuva 3. Esimerkki E. A. Kranckin mallipiirustuksista. 50 potilaalle suunnitellun potilaspaviljongin julkisivupiirustus (KM 1908).

Kuva 4. Kuva Ludwig Hoffmannin suunnittelema sairaala-alueelta. Buch/Berliini. Hallintorakennuksen julkisivu. *Wasmuths Monatshefte für Baukunst*. Jahrgang VI, Heft 11/12 1921.

Kuva 5. Kuva Ludwig Hoffmannin suunnittelema sairaala-alueelta. Buch/Berliini. Sairaalarakennuksen julkisivu. *Wasmuths Monatshefte für Baukunst*. Jahrgang VI, Heft 11/12 1921.

Kuva 6. Kuva Ludwig Hoffmannin suunnittelema sairaala-alueelta. Buch/Berliini. Lähikuva kuvan 5 sairaalarakennuksesta. *Wasmuths Monatshefte für Baukunst*. Jahrgang VI, Heft 11/12 1921.

Kuva 7. Nikkilän sairaala-alueen alkuperäinen asemapiirros 1909 / E. A. Kranck. Helsingin kaupunginarkisto.

Kuva 8. Nikkilän asemapiirros täydennysrakentamisen jälkeen. (Tuovinen 2009, 326).

Kuva 9. Nikkilän sairaala-alueen rakennusten nimet ja numerointi (viittaa kuvan 8 asemapiirustukseen). Alkuperäinen numerointi on merkitty roomalaisin numeroin. (Tuovinen 2009, 327).

Kuva 10. Mallipiirustus E.A. Kranck 1912. Potilaspaviljonki VII. Läntinen julkisivu. Helsingin kaupunginarkisto.

Kuva 11. Potilaspaviljonki VII. Itäinen julkisivu. Kuva: Tiainen, Jussi. (Vesikansa 2008, 79).

Kuva 12. Mallipiirustus E. A. Kranck 1912. Potilaspaviljonki V. Itäinen julkisivu. Helsingin kaupunginarkisto.

Kuva 13. Mallipiirustus E. A. Kranck 1912. Potilaspaviljonki VI. Läntinen julkisivu. Helsingin kaupunginarkisto,

Kuva 14. Mallipiirustus E. A. Kranck 1912. Potilaspaviljonki VI. Itäinen julkisivu. Helsingin kaupunginarkisto.

Kuva 15. Mallipiirustus 1909 E.A. Kranck. Hallintorakennuksen julkisivu. Helsingin kaupunginarkisto.

Kuva 16. Mallipiirustus 1924. Gunnar Taucher. Potilaspaviljonki IX. Helsingin kaupunginarkisto.

Kuva 17. Mallipiirustus. 1924. Taucher. Potilaspaviljonki IX. Pohjoinen ja eteläinen julkisivu. Helsingin kaupunginarkisto.

Kuva 18. Mallipiirustus. Taucher. Juhlasalirakennus. Helsingin kaupunginarkisto.

Kuva 19. Paul Olsson 1920. Puutarhasuunnitelma "Esbo Gård" (Häyrynen 2001, 79).

Kuva 20. Valokuva Hakli, Kari. 2001. Nikkilän potilaspaviljonki III. Helsingin kaupunginmuseon kuva-arkisto.

Kuva 21. Paul Olsson 1931. Puutarhasuunnitelma Nikkilän sairaalaan. Arkkitehtuurimuseo, Helsinki.

Kuva 22. Olsson 1931. Puutarhasuunnitelma Nikkilän sairaalaan. Arkkitehtuurimuseo, Helsinki.

Kuva 23. Olsson 1931. Puutarhasuunnitelma Nikkilän sairaalaan. Helsingin kaupunginarkisto.

Kuva 24. Osasto VII:n puutarharyhmäläiset (valokuva 1930-luvulta). (Tuovinen 2009, 119).

LÄHDELUETTELO

Painamattomat lähteet:

Haila, Sirpa 1993. *Venäläinen rationaalisuus – tutkimus 1910-luvun venäläisestä kasarmiarkkitehtuurista*. Taidehistorian lisensiaattityö. Helsingin yliopisto. Taidehistorian laitos.

Painetut lähteet:

Achté, Kalle toim. 1991. *Lapinlahden sairaalan historia*. Klaukkala: Recallmed.

Bell, Marjatta; Hietala, Marjatta 2002. *Helsinki. The Innovative City. Historical Perspectives*. Helsinki. Finnish Literature Society & City of Helsinki Urban Facts.

Berlage, Hendrik Petrus 1894/1996. ”Architecture and Impressionism.” *Hendrik Petrus Berlage. Thoughts on Style 1886–1909*. Transl. Iain Boyd White & Wim de Wit. Los Angeles: The Getty Center for the History of Art and the Humanities, 105–121.

Boden, Christer 1997. *Modernismens arkitektur. Huset som konstverk*. Vol. 1. Helsingborg: ArchiLibris.

Bourdieu, Pierre 1986/1987. ”Produktionen av tro”. Kultursociologiska texter. Red. Donald Broady & Mikael Palme. Lidingö: Salamander, 145–236.

Brunila, Birger (B.B.) 1941. ”Muistokirjoitus. Gunnar Taucher”. *Arkkitehti* 3/1941, 9.

de Certeau, Michel 1980. "Space is a Practised Place". *The Practice of Everyday life*. Berkeley: University of California Press.

Cirlot, J. E. 1962. *A Dictionary of Symbols*. London: Routledge & Kegan Paul.

Conolly, John 1846. "Lectures on the Construction and Government of Lunatic Asylums, supplementary to clinical lectures delivered in the Middlesex lunatic asylum at Hanwell". *The Lancet* 4.7., 1846.

Dixon, Roger & Muthesius, Stefan 1978/1985. *Victorian Architecture*. London: Thames and Hudson.

Donner, Julia 2016. "Missä moderni – siellä puutarha". *Unelma paremmasta maailmasta. Moderni puutarha ja maisema Suomessa 1900–1970*. Toim. Jyrki Sinkkilä, Julia Donner & Meri Mannerla-Magnusson. Aalto-yliopiston julkaisusarja TAIDE + MUOTOILU + ARKKITEHTUURI 5/2016. Helsinki: Aalto ARTS Books, 12–21.

Engstrom, Eric J. 2013. *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*. Ithaca & London: Cornell University Press.

Eriksson, Eva 1998. "International Impulses and National Tradition 1900–1915". *20th-century Architecture. Sweden*. Red. Claes Caldenby, Jöran Lindvall & Wilfried Wang. Munich & New York: Prestel, 19–45.

Eriksson, Eva 1998. "Rationalism och klassicism 1915–1930. 1900-talets svenska arkitektur. Att bygga ett land". Red. Claes Caldenby. Stockholm: Byggnadsnämnden, 47–79.

Eriksson, Eva 2000. *Mellan tradition och modernitet. Arkitektur och arkitekturdebatt 1900–1930*. Stockholm: Ordfront.

Forsell, Håkan 2005. "Harmonious Competition and Aesthetic Individualism. Jugendstil and Urban Life ca 1900". *Architecture 1900 – In a New Light*. Ed. Annelie Kurttila. Stockholm: Arkitekturmuseet, 112–126.

Foucault, Michel 1986, "Of Other Spaces". *Diacritics* 16(1), 22–27.

Halila, Aimo 1967. *Rakennushallinto, Suomen rakennushallinto 1811–1961*. Helsinki: Rakennushallitus.

Hautamäki, Ranja 2015. *Kartanot kaupungissa. Helsingin kartanoympäristöjen kaupunkimaistuminen, säilyttäminen ja yhteensovittaminen kaupunkirakenteeseen*. Doctoral Dissertations 4/2016. Helsinki: Aalto-yliopisto.

Hautamäki, Ranja 2016. "Helsingin vihreät valtimot". *Unelma paremmasta maailmasta. Moderni puutarha ja maisema Suomessa 1900–1970*. Toim. Jyrki Sinkkilä, Julia Donner & Mari Mannerla-Magnusson. Aalto-yliopiston julkaisusarja TAIDE + MUOTOILU + ARKKITEHTUURI 5/2016. Helsinki: Aalto ARTS Books, 182–190.

Henttonen, Maarit 2004. "Suomen sairaaloista", *Rakennusperintömme – Kulttuuriympäristön lukukirja*. Toim. Irma Lounatvuori & Lauri Putkonen. Helsinki: Ympäristöministeriö & Museovirasto, 162–168.

Henttonen, Maarit 2009. *Kansakunnan parhaaksi. Suomalaiset naisten- ja lastensairaalat 1920–1940-luvuilla*. Historiallisia tutkimuksia 247. Helsingin kaupunginmuseon tutkimuksia ja raportteja 2/2009. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Hietala, Marjatta 1987. *Services and Urbanization at the Turn of the Century. The Diffusion of Innovations*. Studia Historica 23. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura.

Horelli, Liisa 1981. *Ympäristöpsykologia*. Helsinki: Weilin + Göös.

Häyrynen, Maunu 1994. *Maisemapuistosta reformipuistoon. Helsingin kaupunginpuistot ja puistopolitiikka 1880-luvulta 1930-luvulle*. Entisaikain Helsinki XIV. Helsinki: Helsinki-seura.

Häyrynen, Maunu 2001. ”Suomalainen puutarha”. *Hortus Fennicus – Suomen puutarhataide*. Toim. Maunu Häyrynen, Taneli Eskola, Satu Frondelius & Pekka Leskinen. Helsinki: Viherympäristöliitto & Puutarhataiteen seura, 10–30.

Kallio, Rakel 1998. ”Tyyli – taiteen näennäinen itsestäänselvyys. Tyyli on toistoa”. *Katseen rajat. Taidehistorian metodologiaa*. Toim. Arja Elovirta & Ville Lukkarinen. Helsinki: Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus, 59–76.

King, Anthony, 1980. ”Introduction”. *Buildings and Society. Essays on the Social Development of the Built Environment*. Ed. Anthony B. King. London: Routledge & Paul Kegan, 1–33.

Klinge, Matti 2020. *Eurooppalainen Helsinki*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Kolbe, Laura 2005. ”Kaupunki, metsäkaupunki, puu ja puutarha – esikaupunki innovaationa ja identiteettinä”. *Kaupunkikuvia ajassa*. Toim. Timo Joutsivuo & Markku Kekäläinen. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 337–350.

Komiteamietintö KM 6: 1908. Mielisairaskomitean mietintö I. Varsinaisten mielisairasten hoito. Helsinki 1909.

Komiteamietintö KM 24:1909. Mietintö, jonka on antanut nykyisen työ- ja vaivaistalon joutilaiksi tulevien rakennusten käyttämistä sekä Helsingin kaupungin mielisairaiden hoidon järjestämistä koskevia kysymyksiä varten asetettu komitea. Helsinki: Helsingin Kaupunginvaltuusto,

Koponen, Olli-Paavo 2006. *Täydennysrakentaminen: Arkkitehtuuri, historia ja paikan erityisyys*. Tampere: Tampereen teknillinen yliopisto, Arkkitehtuurin historian ja teorian laitos.

Koponen, Olli-Paavo 2013. ”Näkökulma vanhaan vaihtuu”. *Arkkitehti* 3/2013, 12–21.

Koskinen, Riitta 2012. *Kartanot ja virkatalot Turun kaupunginarkkitehti Christian Friedrich Schröderin tuotannossa*. Turun yliopiston julkaisuja C 336. Turku: Turun yliopisto.

Laurila, Pekka & Tandefelt, Claus 1968. ”Helsingin kaupungin sairaaloiden arkkitehtuurista ja rakentamisesta”. *Helsingin kaupungin sairaalalaitoksen historia*. Toim. Ragnar Rosen et al. Helsingin kaupungin julkaisuja no 19. Helsinki: Helsingin kaupunki, 607–662.

Leikola, Anto 1991. ”Psykiatria Suomessa ennen Lapinlahden sairaalan perustamista”. *Lapinlahden sairaalan historia*. Toim. Kalle Achté. Klaukkala: Recallmed, 21–23.

Lilius, Henrik 1983. ”Kaupunkirakentaminen 1856–1900”. *Suomen kaupunkilaitoksen historia II*. Helsinki: Suomen kaupunkiliitto, 180–181.

Linn, Björn 2005. ”The Unobserved Revolution or Architecture with a Difference”. *Architecture 1900 – In a New Light*. Ed. Annelien Kurttila. Stockholm: Arkitekturmuseet, 7–17.

Lukkarinen, Ville 1989. *Classicism and History Anachronistic Architectural Thinking in Finland at the Turn of the Century. Jac Ahrenberg and Gustaf Nyström*. Suomen Muinaismuistoyhdistyksen Aikakauskirja 93. Helsinki: Suomen Muinaismuistoyhdistys.

Mallgrave, Henry Francis 2005. *Modern Architectural Theory: A Historical Survey, 1673–1968*. Cambridge: Cambridge University Press.

Mannerla-Magnusson, Meri 2016. ”Pientilalta lähiöön metsän keskelle”. *Unelma paremmasta maailmasta. Moderni puutarha ja maisema Suomessa 1900–1970*. Toim. Jyrki Sinkkilä, Julia Donner & Meri Mannerla-Magnusson. Aalto-yliopiston julkaisusarja TAIDE + MUOTOILU + ARKKITEHTUURI 5/2016. Helsinki: Aalto ARTS Books, 92–101.

Matrikel öfver Tekniska realskolans och Polytekniska skolans i Helsingfors samt Polytekniska institutets lärare och elever 1849–1897. Kotka 1899.

Merivuori, Tuula-Maria 1984. *Puutarha- ja maisema-arkkitehtuuri Suomessa I. Katsaus viheralueiden syntyyn ja kehitykseen. Tallentamissuunnitelma*. Helsinki: Suomen Maisema-arkkitehdit.

Meurman, Otto-I. 1977. *Viipurin arkkitehdit*. Viipurin Suomalaisen Kirjallisuusseuran toimitteita 2. Helsinki: Viipurin Suomalainen Kirjallisuusseura, 140–141.

Moorhouse, Jonathan; Ahtola-Moorhouse, Leena 1987. *Helsingin jugendarkkitehtuuri 1895–1915*. Helsinki: Otava.

Niemi, Marjaana 1999. ”Valtion, ammattikunnan ja oman edun nimissä – Suomalaisten opintomatkat ulkomaille 1500-luvulta 1900-luvulle”. *Matkalla! En Route! Suomalaiset arkkitehdit opintiellä*. Toim. Timo Tuomi et al. Helsinki: Suomen rakennustaiteen museo, 11–29.

Nikula, Riitta 1976. ”Yksinkertaista, asiallista, tarkoituksenmukaista. Piirteitä Gunnar Taucherin arkkitehdin työstä”. Toim. Aimo Reitala. *Taidehistoriallisia tutkimuksia* 2. Helsinki: Taidehistorian seura, 47–75.

Nikula, Riitta 1981. *Yhtenäinen kaupunkikuva 1900–1930. Suomalaisen kaupunkirakentamisen ihanteista ja päämääristä, esimerkkinä Helsingin Etu-Töölö ja Uusi-Vallila*. Helsinki: Societas Scientiarum Fennica.

Nikula, Riitta 1990 a. ”Rakennustaiteen 1920- ja 1930-luku”. *ARS Suomen taide* 5. Toim. Salme Sarajas-Korte et al. Helsinki: Otava, 86–153.

Nikula, Riitta 1990 b. ”Puistot ja puutarhat – Svante ja Paul Olsson”. *ARS Suomen taide* 5. Toim. Salme Sarajas-Korte et al. Helsinki: Otava, 154–157.

Nygård, Toivo 2001. *Erilaisten historiaa. Marginaaliryhmät Suomessa 1800-luvulla ja 1900-luvun alussa*. Jyväskylä: Atena.

Olsson, Paul 1947. *Suomen puutarhataidetta*. Helsinki: Otava.

Paatela, Mikael 2003. *Sairaalarakennusten kehitys – Development of the Hospital Buildings*. Espoo: Arkkitehtitoimisto Paatela – Paatela & Co Oy.

Parpola, Antti 2013. *Toivo / Häpeä. Psykiatria modernissa Suomessa*. Helsinki: Suomen Psykiatriyhdistys.

Pietikäinen, Petteri 2013. *Hulluuden historia*. Helsinki: Gaudeamus.

Pukero, Päivi 2009. *Epämääräisestä elämästä kruunun haltuun. Irtolaisuuden ja huono-osaisuuden kontrolli Itä-Suomessa 1860–1883*. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja 100. Joensuu: Joensuun yliopisto.

Richardson, Harriet 1998. *English Hospitals 1660–1948. A Survey of their Architecture and Design*. London: Royal Commission on the Historical Monuments of England.

Roos, J. P. 1980/1985. Esipuhe kirjaan Bourdieu Pierre: *Sosiologian kysymyksiä*. Tampere: Vastapaino, 7–28.

Rosen, Helena 1991. ”Lapinlahden sairaalan rakennushistoriasta”. *Lapinlahden sairaalan historia*. Toim. Kalle Achté. Klaukkala: RecallMed, 26–33.

Ruoff, Eeva 2001. *Vanhoja suomalaisia puutarhoja*. Helsinki: Otava.

Ruoff, Eeva 2016. ”Kiveä ja mäntyjä – Katsaus Paul Olssonin tuotantoon 1930-luvulla. *Unelma paremmasta maailmasta. Moderni puutarha ja maisema Suomessa 1900–1970*. Toim. Jyrki

Sinkkilä, Julia Donner & Meri Mannerla-Magnusson. Aalto-yliopiston julkaisusarja TAIDE + MUOTOILU + ARKKITEHTUURI 5/2016. Helsinki: Aalto ARTS Books, 26–35.

Rytty, Suvi 2011. ”Kylpemällä kohti parempaa yhteiskuntaa. Kirvun luonnonparantola ja kansainväliset reformipyrkimykset”. *Samanaikaisuuksia. Kansainvälisiä näköaloja vuoden 1911 maailmaan*. Turku: Turun yliopisto, Yleinen historia, 135–149.

Saarikangas, Kirsi 1998. ”Tila, konteksti ja käyttäjä. Arkkitehtonisen tilan, vallan ja sukupuolen suhteista”. *Kuvasta tilaan. Taidehistoria tänään*. Toim. Kirsi Saarikangas. Tampere: Vastapaino, 247–298.

Sairaalaliitto 1983. *Ihminen ja hoitoympäristö – terapeuttien ympäristöjen kehittäminen ja rakentaminen*. Sairaalaliitto. Julkaisu 2/83. Helsinki: Sairaalaliitto.

Salokorpi, Asko 1971. *Suomen arkkitehtuuri 1900-luvulla*. Helsinki: Tammi.

Sarvilinna, A. 1938. *Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919. Lääketieteellishistoriallinen tutkielma*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Uusikaupunki: Vakka-Suomen Kirjapaino.

Savikko, Sari 2004. *Kesäpäivä Kultarannassa*. Helsinki: Helmi Kustannus.

Schjerfbeck, Magnus 1893. ”Om sjukhus. Reseberättelse af arkitekt M. Schjerfbeck”. *Teknikern* 18.8.1893, 63.

Sinisalo, Antero 1997. ”Luennot 1966–1983”. *Puutarhataiteen historian perusteet*. Toim. Maunu Häyrynen. Viherympäristöliiton julkaisu 6/1997. Helsinki: Teknillinen korkeakoulu, Arkkitehtiosasto, Maisema-arkkitehtuuri.

Standertskjöld, Elina 2006. *Arkkitehtuurimme vuosikymmenet 1900–1920*. Helsinki: Suomen rakennustaiteen museo. Rakennustietosäätiö ja Rakennustieto Oy.

Strengell, Gustaf 1923. *Kaupunki taideluomana. Silmäys historialliseen kaupunkirakennustaiteeseen*. Helsinki: Otava.

Taucher, Gunnar 1925. ”Helsingin kaupungin rakennuskonttorin sommittelemia rakennuksia”. *Arkitekten* 9/1925, 113–114.

Taucher, Gunnar 1925. ”Ikkunakeskustelu” *Arkitekten* 12/1925, 167.

Taylor, Jeremy 1997. *The Architect and the Pavilion Hospital. Dialogue and Design Creativity in England 1850–1914*. London & New York: Leicester University Press.

Tegel, Satu 2016. ”Modernit kasvit – vakiosuosikkeja ja muotioikkuja”. *Unelma paremmasta maailmasta. Moderni puutarha ja maisema Suomessa 1900–1970*. Toim. Jyrki Sinkkilä, Julia Donner & Meri Mannerla-Magnusson. Aalto-yliopiston julkaisusarja TAIDE + MUOTOILU + ARKKITEHTUURI 5/2016. Helsinki: Aalto ARTS Books, 36–47.

Tomminen, Hannu 1987. ”Malkakatosta peltiin”. *Talo kautta aikojen. Julkisivujen historia*. Toim. Panu Kaila, Pentti Pietarila & Hannu Tomminen. Helsinki: Rakentajain Kustannus, 83–113.

Tuan, Yi-Fu 1977. *Space and Place. The Perspective of Experience*. Minneapolis & London: University of Minnesota Press.

Tuovinen, Sirkka Liisa 2009. *Inhimillinen Nikkilä. Helsingin suuri mielisairaala Sipoossa 1914–1999*. Helsinki: Helsingin kaupungin terveystakeskus.

Uino, Pirjo 1989. ”Puutarhataide 1810–1910”. *ARS Suomen taide* 4. Toim. Salme Sarajas-Korte et al. Helsinki: Otava, 68–71.

Verderber, Stephen 2010. *Innovations in Hospital Architecture*. London & New York: Routledge.

Vesikansa, Kristo 2008. ”Sairaalamäen idylli”, *Arkkitehti* 105:6, 76–81.

Viljo, Eeva Maija 1989. ”Kaupungistuvan yhteiskunnan rakennustaide”. *ARS Suomen taide* 4. Toim. Salme Sarajas-Korte et al. Helsinki: Otava, 76–111.

Viljo, Eeva Maija 2006. ”Taideteos sosiaalisena esineenä”. *Keskellä marginaalia – Mitt i marginalen*. Toim. Renja Suominen-Kokkonen. Taidehistoriallisia tutkimuksia 33. Helsinki: Taidehistoriallinen seura, 15–29.

Vuori, Hannu 1979. *Lääketieteen historia. Sosiaalhistoriallinen näkökulma*. Jyväskylä: Gummerus.

Vuorio, Kaija 2010. *Niuva. Niuvanniemen sairaala 1885–1952*. Tampere: Niuvanniemen sairaala.

Wilenius, Waldemar 1925. ”Ikkunakeskustelu” *Arkitekten* 11/1925, 152–153.

Wilenius, Waldemar 1926. ”Ikkunakeskustelu”. *Arkitekten* 1/1926, 11–13.

Wäre, Ritva 1989. ”Arkkitehtuuri vuosisadan vaihteessa”. *ARS Suomen taide* 4. Toim. Salme Sarajas-Korte et al. Helsinki: Otava, 112–181.

Wäre, Ritva 2000. ”From Historical Architecture to Early Modernism”. ”*20th Century Architecture. Finland*. Ed. Marja-Riitta Norri, Elina Standertskjöld & Wilfried Wang. Frankfurt am Main: Deutsches Architektur Museum, Helsinki: Suomen rakennustaiteen museo, 17–37.

